

TRAITÉ

DES

MALADIES CHIRURGICALES,

ET DES

OPÉRATIONS QUI LEUR CONVIENNENT.

IMPRIMERIE DE MIGNERET,
RUE DU DRAGON, N° 20.

TRAITÉ

DES

MALADIES CHIRURGICALES,

ET DES

OPÉRATIONS QUI LEUR CONVIENNENT;

PAR M. LE BARON **BOYER**,

Membre de la Légion-d'Honneur, Professeur de Chirurgie-pratique à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité, Membre de l'Institut et de plusieurs Sociétés savantes nationales et étrangères, etc., etc.

QUATRIÈME ÉDITION.

TOME II.

PARIS,

CHEZ L'AUTEUR, RUE DE GRENELLE, faub. St-Germain, n° 9;
MIGNERET, IMPR.-LIBR., RUE DU DRAGON, N° 20, faubourg Saint-Germain.

1831.


WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

TRAITÉ

DES

MALADIES CHIRURGICALES,

ET DES

OPÉRATIONS QUI LEUR CONVIENNENT.

CHAPITRE PREMIER.

Des Tumeurs en général.

On appelle tumeur toute éminence contre-nature qui se forme dans une partie quelconque du corps. Mais ce mot ne sert pas seulement à désigner les éminences contre-nature qui se manifestent à la surface du corps et y forment un relief plus ou moins grand; on l'applique encore aux éminences intérieures, qui proviennent de l'engorgement du tissu cellulaire, de l'augmentation de volume d'un organe malade, de la formation d'un tissu accidentel, ou de la congestion d'un liquide.

Les tumeurs présentent un grand nombre de différences, dont les principales sont relatives, 1.° à leur

siège; 2.° aux organes qu'elles intéressent; 3.° à leur cause matérielle, c'est-à-dire à la nature des substances par lesquelles elles sont formées.

C'est en considérant les tumeurs sous ce dernier rapport, qu'on les a distinguées en celles qui sont formées par des corps étrangers, en celles qui proviennent du déplacement des parties solides, et en tumeurs humorales : celles-ci résultent de la congestion des humeurs.

Les tumeurs formées par des corps étrangers doivent bien moins être regardées comme des maladies que comme un symptôme de la présence de ces corps; ainsi, lorsqu'une balle restée dans un membre se présente près des tégumens et y forme une tumeur, cette tumeur ne peut pas être considérée comme une maladie, mais bien comme un symptôme qui annonce la présence du corps étranger; de même, lorsque des vers se sont agglomérés dans une portion du tube intestinal, et qu'ils soulèvent les parois abdominales, la tumeur produite par ces vers n'est pas la maladie, mais bien un symptôme de la maladie. Nous parlerons des tumeurs que forment les corps étrangers, en traitant des maladies suivant l'ordre anatomique.

Les tumeurs formées par les parties solides, résultent du déplacement des parties dures, ou sont produites par le déplacement des parties molles. Les parties dures en quittant leur situation naturelle, forment des tumeurs; mais ces tumeurs, comme on le conçoit facilement, ne sont que des symptômes de maladie. La tumeur qui existe dans l'aisselle, ou au-dessous de la clavicule lorsque l'humérus est luxé, ou en bas, ou en avant, celle

qu'on voit dans l'aine, le fémur étant luxé en haut et en devant, ne sont certainement que des symptômes de maladie; il en est de même de toutes les autres tumeurs de cette espèce; en conséquence, nous n'aurons rien à dire sur ces sortes de tumeurs.

Les tumeurs qui résultent du déplacement des parties molles, et que l'on connaît sous le nom général de hernies, ne pouvant se manifester que dans certaines parties du corps, nous nous réservons d'en parler en traitant des maladies suivant l'ordre anatomique. Nous ne traiterons donc ici que des tumeurs humorales.

Les tumeurs humorales sont formées ou par le chyle, ou par le sang, ou par les liqueurs émanées ou séparées du sang.

On a rapporté aux tumeurs formées par le chyle, les épanchemens de cette humeur qui peuvent avoir lieu dans l'abdomen, par la rupture du réservoir de Pecquet, ou dans la poitrine, si le canal thorachique est déchiré, percé ou rompu; mais il est évident que cet épanchement, qui est excessivement rare, ne forme point une véritable tumeur, et qu'il doit être assimilé aux épanchemens de sang, de pus, etc., qui ont quelquefois lieu dans les mêmes cavités. On met aussi au nombre des tumeurs formées par le chyle, l'engorgement des glandes du mésentère et du mésocolon; mais depuis que le système des vaisseaux lymphatiques est mieux connu, depuis qu'on a vu ceux de ces vaisseaux qui s'ouvrent dans le tube intestinal et y exercent la fonction d'absorbans, pomper non-seulement le chyle, mais encore la lymphe que les vaisseaux exhalans y laissent suinter, on a cru devoir

ranger plutôt cet engorgement des glandes du mésentère parmi les tumeurs lymphatiques. Ainsi, il résulte de ce que nous venons de dire, qu'à proprement parler, il n'y a pas de tumeurs formées par le chyle.

Les tumeurs qui reconnaissent le sang pour cause matérielle, se distinguent en celles qui sont formées par ce liquide entier, c'est-à-dire, réunissant toutes ses parties, et en celles qui sont produites seulement par sa partie blanche.

Les tumeurs formées par le sang ont leur siége dans les vaisseaux qui composent le réseau capillaire artériel, ou occupent les gros vaisseaux dans lesquels le sang est presque entièrement soumis aux lois de l'hydraulique. Les premières, que l'on nomme tumeurs inflammatoires, sont l'érysipèle, le phlegmon, le furoncle, l'anthrax ou charbon, et la pustule maligne. Les secondes ont leur siége dans une artère dilatée, ou aux environs d'une artère ouverte, ou dans les veines; les tumeurs sanguines artérielles sont connues généralement sous le nom d'anévrismes; celles qui occupent les veines ont reçu le nom de varices. Nous joindrons à cette espèce de tumeurs, celles qu'on a appelées variqueuses, ou fongueuses-sanguines.

La partie blanche du sang est composée de deux parties distinctes, qu'il est facile de séparer, soit par le feu, soit au moyen des acides, de l'alcool, etc.; une de ces parties est l'albumine, ou la partie coagulable; l'autre est la sérosité proprement dite, ou la partie non-coagulable. Ces deux substances ne sont jamais entièrement isolées dans les tumeurs qu'elles forment: seulement elles prédominent beaucoup l'une sur l'autre, suivant l'espèce

de la tumeur. Elle concourent à la formation des tissus accidentels dont au reste la structure varie beaucoup. L'albumine semble former presque exclusivement les tumeurs connues sous le nom de squirre et de cancer.

La sérosité en s'infiltrant dans le tissu cellulaire, ou en s'épanchant dans une cavité, produit deux espèces de tumeurs ou plutôt de tuméfactions. L'infiltration de la sérosité cause l'œdême, lorsqu'elle est locale ou partielle, et l'anasarque, ou leucophlegmatie, lorsqu'elle est générale. L'épanchement de la sérosité dans une cavité, est connu sous le nom générique d'hydropisie; quand elle est épanchée dans le crâne, elle forme l'hydrocéphale; dans la poitrine, l'hydrothórax; dans le ventre, l'ascite: dans la tunique vaginale, l'hydrocèle, etc. Dans tous ces cas, la sérosité est épanchée dans une cavité naturelle; mais quelquefois elle s'amasse dans une poche particulière, formée de tissu cellulaire, et alors la maladie prend le nom d'hydropisie enkystée.

Les tumeurs formées par les humeurs émanées du sang, sont aussi nombreuses et aussi variées que ces humeurs mêmes; en effet, toutes les humeurs provenues du sang peuvent causer des tumeurs, soit en s'accumulant dans les cavités qui leur servent de réservoir, dans les conduits qui les transmettent dans ces cavités, ou dans ceux qui les portent au-dehors; soit en s'épanchant ou en s'infiltrant dans le voisinage de ces réservoirs et de ces conduits, lorsqu'ils sont percés. Ainsi les larmes retenues dans le sac lacrymal forment la tumeur lacrymale; la salive arrêtée dans le conduit excréteur de la glande maxillaire produit la grenouillette; la bile retenue dans la vésicule

du fiel forme une tumeur qui se manifeste à l'hypocondre droit, au-dessous des cartilages des côtes; l'urine amassée dans les reins, dans les uretères, dans la vessie ou dans l'urètre, produit des tumeurs urinaires; ce même liquide en s'infiltrant dans les bourses et dans le périnée, donne lieu à des dépôts urineux. La graisse et les autres humeurs qui remplissent les cellules du tissu cellulaire, forment quelquefois des tumeurs que l'on connaît sous le nom générique de loupes. Comme ces dernières tumeurs peuvent avoir lieu dans toutes les parties du corps, ce sont les seules dont il sera question ici; nous parlerons de celles qui sont formées par les autres humeurs émanées du sang, en traitant des maladies suivant l'ordre anatomique.

Telle est la classification que nous avons cru pouvoir adopter, sans y attacher d'autre importance que celle de ne rien omettre d'essentiel; tel est aussi l'aperçu des tumeurs en général: maintenant nous allons traiter de chacune d'elles en particulier.

Article premier.

De l'Érysipèle.

L'érysipèle est une inflammation de la surface de la peau, d'une étendue plus ou moins grande, mais sans bornes bien marquées, accompagnée de tuméfaction légère, d'une chaleur vive et âcre, d'une douleur brûlante avec démangeaison, et d'une rougeur claire, luisante, tirant un peu sur le jaune, qui disparaît quand on

presse la peau avec le doigt, et reparaît dès que la pression cesse; et ce qui caractérise ultérieurement l'érysipèle, c'est que l'inflammation semble changer de place; à mesure qu'elle se dissipe dans la première qu'elle occupait, elle s'étend de proche en proche dans les parties voisines.

L'érysipèle peut affecter toutes les parties du corps; cependant le visage, le cou et les extrémités en sont plus souvent attaqués que les autres parties.

On distingue l'érysipèle en simple et en compliqué.

L'érysipèle simple est borné à la surface de la peau, et n'est accompagné que des symptômes énoncés dans la définition, lorsqu'il dépend d'une cause externe; mais lorsqu'il est produit par une cause interne, il est presque toujours précédé et accompagné de lassitudes, de quelques frissons passagers, de dégoût, de nausées et d'un peu de fièvre.

L'érysipèle peut être compliqué avec une fièvre inflammatoire, une fièvre bilieuse, une fièvre putride (adynamique), ou une fièvre maligne (ataxique). Il peut être accompagné aussi de phlegmon ou d'œdème: dans le premier cas, on le nomme *érysipèle phlegmoneux;* et dans le second, *érysipèle œdémateux.*

Dans l'érysipèle phlegmoneux, qui est ordinairement accompagné d'une fièvre inflammatoire, l'inflammation occupe toute l'épaisseur de la peau et le tissu cellulaire sous-cutané: mais la tumeur n'est pas bornée, circonscrite, comme dans le phlegmon proprement dit. Cet érysipèle est en général fort grave; souvent il se termine par des abcès énormes; ou bien, ce qui est plus

fâcheux encore, la gangrène survient, détruit la peau et le tissu cellulaire dans une plus ou moins grande étendue, et laisse de larges ulcères dont la guérison est toujours longue, difficile, et quelquefois même impossible.

Dans l'érysipèle œdémateux, l'œdème ou l'infiltration séreuse est la maladie primitive, principale, et l'inflammation érysipélateuse qui vient se joindre à cette maladie, ne doit être regardée que comme une complication. Ainsi le nom d'*œdème érysipélateux* conviendrait mieux à cette affection composée, que celui d'érysipèle œdémateux. Au reste, cette inflammation érysipélateuse qui survient à l'œdème, est en général très-fâcheuse, et dégénère presque toujours en gangrène. Nous en parlerons plus au long, en traitant de l'œdème.

L'érysipèle simple et l'érysipèle compliqué présentent des différences relatives à certaines circonstances dont ils peuvent être accompagnés, et qui les font distinguer en *miliaires*, en *pustuleux*, en *périodiques*, en *fixes*, en *ambulans*, etc.

L'érysipèle miliaire est celui où la surface de la peau se couvre d'une infinité de petits boutons remplis de sérosité.

L'érysipèle pustuleux est caractérisé par des vésicules, ou de petites pustules très-rapprochées, tantôt blanches, tantôt d'un rouge tirant sur le noir. Comme l'érysipèle pustuleux attaque presque toujours le tronc, et qu'il forme une espèce de demi-ceinture, on lui a donné le nom de *zona*. Nous en parlerons en particulier.

L'érysipèle périodique est celui qui revient à des

époques plus ou moins rapprochées, avec ou sans cause apparente.

L'érysipèle fixe ne change point de place; il parcourt ses diverses périodes dans la partie où il s'est d'abord manifesté.

L'érysipèle ambulant se porte avec rapidité d'un endroit à un autre. Cet érysipèle ne doit pas être confondu avec celui qui s'étend progressivement, et qui guérit dans une partie à mesure qu'il gagne dans une autre. Dans celui-ci, l'inflammation commencera au visage, par exemple; ensuite, à mesure qu'elle guérira dans cette partie, elle s'étendra successivement au cou, à la poitrine, etc.; et après avoir parcouru ses périodes dans ces différentes parties, elle disparaîtra entièrement. L'érysipèle ambulant, au contraire, se porte avec une rapidité singulière d'une partie à une autre, comme du visage au bras ou à la poitrine, d'une jambe ou d'une cuisse, à la jambe ou à la cuisse du côté opposé, sans parcourir ses périodes dans la partie qui a été primitivement affectée, et sans laisser même dans cette partie aucune trace de son existence. Ce déplacement subit de l'érysipèle peut être considéré comme une métastase. Quelquefois cette métastase se fait sur des organes intérieurs essentiels à la vie, et dans ce cas elle est toujours grave et souvent mortelle.

Les causes de l'érysipèle sont externes ou internes: les causes externes sont tous les agens chimiques ou mécaniques capables d'irriter la peau, d'exalter sa sensibilité et d'appeler le sang dans le réseau vasculaire qui entre dans sa composition. Ainsi, l'ardeur du soleil et

celle du feu, l'attouchement de certains insectes et de certaines plantes, l'application de toutes les substances âcres et irritantes, l'usage des huiles, des onguens et des emplâtres rances, les frottemens rudes et réitérés, etc., peuvent produire des érysipèles qui sont quelquefois très-étendus. Nous en avons vu un très-considérable survenir au ventre d'une dame, à la suite de l'application d'un emplâtre de ciguë pour un engorgement de la rate: cet érysipèle, de nature miliaire, non-seulement occupait le lieu de l'emplâtre, mais s'étendait encore dans les environs sur une large surface; il guérit néanmoins avec assez de facilité par l'usage des fomentations émollientes.

Mais l'érysipèle de cause externe est assez rare; presque toujours cette espèce d'inflammation dépend d'une cause interne. Cette cause est ordinairement très-peu connue; cependant si l'on considère les avantages que procurent dans l'érysipèle les vomitifs et les légers purgatifs, si l'on fait attention à l'état de la langue, qui est presque toujours couverte d'une couche limoneuse jaunâtre, on sera tenté de croire que cette cause a ordinairement son siége dans les premières voies, et qu'elle consiste dans un état saburral.

La jeunesse, l'âge viril, la grossesse, la cacochymie chez les vieillards, une peau fine, délicate, les alimens grossiers, les viandes putréfiées, le séjour dans une atmosphère humide et remplie de miasmes infects, une saison humide et froide après la sécheresse et de grandes chaleurs, les assaisonnemens très-épicés, l'abus des liqueurs fermentées, et surtout des liqueurs spiritueuses,

les excès de table, certains alimens âcres et crus, tels que l'oignon et l'ail, quelques testacées, des poissons de différens genres, les exercices forcés et violens, le tempérament bilieux, etc., sont autant de causes ou de circonstances qui prédisposent à l'érysipèle. On a observé que des personnes nées de parens sujets à cette inflammation, y avaient une disposition particulière, ainsi que celles qui en ont déjà été attaquées.

Les causes occasionnelles ou excitantes de l'érysipèle sont : certaines affections vives de l'ame, comme la colère, un violent chagrin, une terreur soudaine; un froid subit et piquant, lorsque le corps est dans un état de chaleur, l'omission d'une saignée dont on a contracté l'habitude, la suppression des menstrues, des hémorroïdes, ou de quelqu'autre écoulement habituel, la répercussion de la transpiration insensible, etc.

Les symptômes de l'érysipèle sont, une rougeur plus ou moins vive, tirant un peu sur le jaune et quelquefois sur le livide, qui disparaît quand on presse la peau avec le doigt, et reparaît dès que la compression cesse; une douleur pongitive et piquante, accompagnée de démangeaison et d'un sentiment d'érosion et de chaleur âcre; une chaleur vive, brûlante, une tuméfaction sans bornes marquées, peu élevée au-dessus du niveau des parties voisines, et sans tension notable. Lorsque l'érysipèle est intense, il se forme sur les endroits les plus enflammés, des vésicules plus ou moins grandes, qui sont remplies d'une liqueur jaunâtre, assez claire.

Quand l'érysipèle dépend d'une cause externe, les symptômes se bornent à ceux que nous venons d'exposer,

et la maladie n'est accompagnée d'aucun trouble général, à moins que l'inflammation ne soit très-considérable, ou qu'elle n'attaque des parties très-sensibles, dont l'irritation se communique aisément au système nerveux et aux organes de la circulation. Mais lorsqu'il est produit par une cause interne, ce qui est le plus ordinaire, il débute par des symptômes généraux, tels que des lassitudes spontanées, un malaise général, des nausées, des frissons passagers; le pouls est dur et fréquent, etc.; c'est le deuxième ou le troisième jour de ce trouble général, excité dans l'économie animale par la cause même qui doit produire l'inflammation, que l'éruption érysipélateuse a lieu. La rougeur, la chaleur, la douleur et la tuméfaction de la peau, vont en augmentant jusqu'au troisième ou quatrième jour : ces symptômes, ainsi que le mouvement fébrile, restent à-peu-près autant de temps dans toute leur force; ensuite ils commencent à diminuer; et vers le dixième ou le douzième jour, l'épiderme se détache et s'enlève par écailles, ou bien il se forme des croûtes légères, qui finissent par tomber, et la maladie est alors terminée. Quelquefois des urines chargées, des sueurs copieuses, des évacuations alvines abondantes, ou une hémorragie nasale jugent l'érysipèle : mais le plus souvent il se termine sans aucune apparence de crise.

L'érysipèle peut être compliqué, comme nous l'avons dit précédemment, avec une fièvre inflammatoire, une fièvre bilieuse, ou une fièvre putride, etc.; alors, aux symptômes qui lui sont propres, se joignent ceux de la maladie qui le complique. Ainsi, quand il est associé à

une fièvre inflammatoire, le pouls est dur, fréquent et élevé, le visage est rouge et animé, la soif est vive, la chaleur générale, etc. La complication avec une fièvre bilieuse est marquée par la fréquence du pouls ; des nausées, un goût d'amertume, un enduit jaunâtre de la langue, des paroxysmes violens, mais réguliers, etc. La complication de l'érysipèle avec une fièvre putride, est indiquée par la décomposition des traits de la face, l'état fuligineux de la langue et des dents, la fétidité de l'haleine, la faiblesse du pouls, et tous les autres symptômes d'une adynamie générale. On conçoit aisément combien ces diverses complications doivent influer sur la durée de l'érysipèle, sur sa marche, sur sa terminaison, sur son pronostic et sur son traitement.

La délitescence, la résolution, la suppuration et la gangrène, telles sont les diverses terminaisons dont l'érysipèle est susceptible.

L'érysipèle est de toutes les tumeurs inflammatoires la plus susceptible de délitescence et de métastase : il semble que dans cette espèce d'inflammation la cause de la maladie agissant sur une large surface, adhère faiblement, si l'on peut ainsi parler, à chacun des points sur lesquels elle est fixée, et qu'elle est par cela même plus mobile et plus susceptible de se transporter d'une partie à une autre. La délitescence est favorable lorsque l'érysipèle dépend d'une cause externe, comme celui qui constitue le premier degré de la brûlure ; parce qu'en faisant, pour ainsi dire, avorter la maladie, elle en abrège la durée. Elle est nuisible, au contraire, dans l'érysipèle de cause interne, parce qu'elle est ordinairement suivie de métastase.

La résolution est la terminaison la plus ordinaire, et en même temps la plus avantageuse de l'érysipèle. On juge qu'elle pourra avoir lieu, lorsque l'érysipèle est simple et borné à la peau : on connaît que la résolution s'opère, lorsque les symptômes, après avoir subsisté dans toute leur force pendant trois ou quatre jours, commencent à décliner : enfin, on est assuré que la résolution est faite, et que la maladie est terminée, lorsque la rougeur, la chaleur, la douleur, et la tuméfaction sont dissipées, que l'épiderme tombe par écailles, et qu'il ne reste plus qu'un léger empâtement qui ne tarde pas à disparaître.

La suppuration n'a guère lieu que dans l'érysipèle phlegmoneux ; elle est toujours désavantageuse, et, on doit chercher à la prévenir par tous les moyens possibles ; cependant elle est plus ou moins fâcheuse suivant l'étendue et l'intensité de l'érysipèle. Lorsque la maladie occupe tout un membre et que l'inflammation pénètre à une profondeur considérable dans le tissu cellulaire graisseux, la suppuration produit des abcès énormes, qui décollent la peau et dénudent les muscles dans une grande étendue. Ce cas est en général très-grave, et quelquefois le malade succombe épuisé par l'abondance de la suppuration. Quand l'inflammation ne pénètre pas à la même profondeur par-tout, la suppuration n'a lieu qu'aux endroits où le tissu cellulaire est plus enflammé ; et dans ce cas, qui est en général peu grave, les abcès sont multipliés, mais point considérables : nous en avons vu jusqu'à dix-neuf chez un homme dont la cuisse et la jambe étaient attaquées d'un érysipèle phlegmoneux.

La gangrène est toujours une terminaison fâcheuse de l'érysipèle; elle attaque la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, les détruit, met les muscles à nu, et produit des ulcères très-larges, dont la guérison est longue, difficile, et souvent même impossible. Cette terminaison est rarement le résultat d'un excès d'inflammation; elle provient ordinairement de l'association de l'érysipèle avec une fièvre adynamique ou une fièvre ataxique.

Le pronostic de l'érysipèle est différent suivant la cause de la maladie, son siége, son intensité et ses complications. L'érysipèle de cause externe est moins fâcheux que celui qui dépend d'une cause interne. L'érysipèle du visage et de toute la tête présente beaucoup plus de danger, toutes choses égales d'ailleurs, que celui des autres parties du corps, parce qu'il peut s'étendre jusqu'aux membranes du cerveau et causer la mort du malade. L'érysipèle simple, d'une étendue médiocre, qui attaque les membres, ne présente ordinairement aucun danger, et se termine par résolution dans l'espace de dix à douze jours. L'érysipèle phlegmoneux est plus dangereux, surtout lorsqu'il est fort étendu et qu'il a beaucoup d'intensité, parce qu'alors il finit presque toujours par la suppuration et quelquefois même par la gangrène. L'érysipèle ambulant, c'est-à-dire, qui se porte d'une partie à une autre, est toujours plus fâcheux que l'érysipèle fixe, parce qu'il peut être suivi d'une métastase funeste. Enfin l'érysipèle compliqué est plus ou moins dangereux suivant la nature de la maladie qui le complique.

Avant d'établir le traitement de l'érysipèle, on doit

examiner avec attention si la cause qui l'a produit est externe, ou si elle est interne; car dans les deux cas, la conduite à tenir doit être différente, puisque ce qui serait utile dans l'un, pourrait nuire dans l'autre.

Quand l'érysipèle dépend d'une cause externe et qu'il n'est pas très-considérable, il suffit d'éloigner cette cause, s'il est possible, et d'employer les topiques répercussifs, pour procurer la délitescence de l'inflammation; mais si cette inflammation est trop considérable pour qu'on puisse espérer d'obtenir sa terminaison par cette voie, il faut d'abord avoir recours aux émolliens, et ensuite aux résolutifs; si la maladie est très-intense, si elle est accompagnée de fièvre, si le malade est pléthorique, jeune et fort, on pourra pratiquer une ou deux saignées, et administrer des boissons délayantes et rafraîchissantes; mais les cas où l'on peut avoir besoin de recourir à la saignée sont très-rares.

Lorsque l'érysipèle dépend d'une cause interne, son traitement doit varier suivant l'intensité de la maladie et les circonstances qui l'accompagnent. Quand il est simple, peu considérable, et que le malade n'éprouve aucun des symptômes qui annoncent l'embarras saburral des premières voies, les efforts de la nature, secondés par un régime convenable et par l'usage des boissons délayantes, rafraîchissantes et acidules, suffisent ordinairement pour en opérer la guérison. Mais presque toujours l'érysipèle de cause interne est précédé et accompagné d'un mouvement fébrile plus ou moins considérable, d'embarras gastrique, et de symptômes qui annoncent une fièvre bilieuse, ou d'autres compli-

cations. Or, ces diverses circonstances fournissent des indications curatives que nous allons exposer.

Lorsque l'érysipèle est très-intense, qu'il s'étend jusqu'au tissu cellulaire, et qu'il est accompagné d'une fièvre inflammatoire (angéioténique), la saignée est nécessaire. On proportionne le nombre des saignées à la violence de la maladie, à l'âge du malade, à son tempérament et à l'état de ses forces avant le développement de l'érysipèle. La saignée est surtout nécessaire lorsque la maladie dépend évidemment de la suppression d'une évacuation sanguine : dans ce cas, on doit de plus s'attacher à rappeler l'évacuation supprimée, par l'application des sangsues dans le voisinage de la partie qui en était le siége, et par tous les autres moyens connus, s'ils ne sont pas contre-indiqués par l'état actuel du malade. Dans l'espèce d'érysipèle où la saignée est jugée indispensable, on doit assujettir le malade à la diète la plus sévère, et insister sur l'usage des boissons délayantes, rafraîchissantes, nitrées et acidulées.

Dans les autres espèces d'érysipèles, la saignée est rarement nécessaire; elle pourrait même devenir nuisible : aussi les praticiens circonspects n'usent-ils de ce moyen qu'avec la plus grande réserve. La saignée serait surtout nuisible dans l'érysipèle qui est compliqué avec une fièvre adynamique ou une fièvre ataxique, et qui a une tendance marquée vers la gangrène; elle ne convient pas non plus dans l'érysipèle ambulant. Dans le premier cas, elle ne manquerait pas d'aggraver la maladie concomitante et de favoriser la gangrène, en diminuant les forces vitales déjà très-affaiblies; dans le second, elle

pourrait donner lieu à une métastase fâcheuse vers l'intérieur.

Les vomitifs sont presque toujours indiqués dans l'érysipèle de cause interne, par la complication de la maladie avec un embarras gastrique, ou avec une fièvre bilieuse ou une fièvre adynamique. C'est dans les premiers jours de l'érysipèle, lorsque la langue est humide, et après avoir pratiqué la saignée, si elle a été jugée nécessaire, que les vomitifs doivent être administrés. La chaleur et la sécheresse de la peau, l'aridité de la bouche et de la langue, la soif ardente, l'agitation et l'inquiétude contre-indiquent l'usage de ces moyens: il faut s'en tenir alors aux boissons délayantes et rafraîchissantes, et aux lavemens émolliens.

Dans l'espèce d'érysipèle que quelques auteurs ont nommé *bilieux*, parce qu'il est toujours accompagné des symptômes qui annoncent un embarras gastrique, il arrive souvent qu'après l'action des vomitifs la langue continue à être couverte d'une couche limoneuse, jaunâtre, qui indique l'usage des minoratifs, tels que le tartrite de potasse antimonié en grand lavage, le petit-lait avec les tamarins, etc.; ces moyens procurent assez ordinairement la solution prompte de la maladie. Si ces divers évacuans causent beaucoup d'agitation, on pourra la calmer le soir, en faisant prendre au malade un julep anodin ou une émulsion d'amandes douces.

Lorsque l'érysipèle est accompagné des symptômes qui font craindre la gangrène, tels que la couleur livide de la partie, sa mollesse pâteuse, son peu de sensibilité, la petitesse du pouls, la prostration des forces, un dé-

lire léger, la fuliginosité des dents et de la langue, les soubresauts des tendons, etc., il faut avoir recours aux moyens les plus propres à relever les forces vitales. Ainsi le bon vin, les potions camphrées, les pilules de nitre et de camphre, et surtout le quinquina en substance, ou sa forte décoction acidulée avec l'acide sulfurique, seront administrés avec avantage.

Quand l'érysipèle dépend de quelqu'un des vices internes connus sous des noms particuliers, tels que le rhumatismal, le goutteux, le dartreux, le scrophuleux, etc., on doit, après avoir obtenu la guérison de l'inflammation, par l'emploi des moyens ordinaires, s'attacher à détruire le vice qui l'a fait naître; car tant que ce vice subsiste, le malade reste exposé à un érysipèle périodique, qui est accompagné ordinairement d'un mouvement fébrile et de tous les symptômes qui annoncent un embarras gastrique. Le vice une fois détruit, l'érysipèle cesse de se reproduire. Lorsque l'érysipèle périodique tient à une cause interne inconnue, on doit moins espérer de détruire cette cause par les moyens pharmaceutiques, que par un emploi sage et raisonné des choses qui forment le sujet de l'hygiène.

Quand l'érysipèle est compliqué avec une fièvre primitive ou essentielle, ou avec toute autre affection grave, on doit administrer un traitement convenable à la complication et aux circonstances où se trouve le malade; et dans tous les cas, il faut diriger les moyens de curation contre celle des maladies qui fait le plus craindre pour les jours du malade. Il est même bon quelquefois d'oublier entièrement l'érysipèle, pour ne s'occuper que de l'affection concomitante.

Dans le traitement extérieur de l'érysipèle de cause interne, on doit éviter avec soin les topiques répercussifs; on s'en abstiendra aussi lorsque la cause de l'érysipèle sera douteuse, de crainte de déterminer, par l'usage de ces topiques, une métastase funeste. On peut employer avec avantage les fomentations émollientes, relâchantes et légèrement résolutives; une décoction de graine de lin, ou de racine de guimauve et de fleurs de sureau, par exemple. Mais comme les linges que l'on imbibe de cette décoction se dessèchent d'autant plus vite qu'il y a plus de chaleur dans la partie, on doit les renouveller souvent, avec la précaution de ne point exposer cette partie à un courant d'air froid. La situation ou l'étendue de l'inflammation rendent gênantes quelquefois les applications locales; on doit s'en abstenir alors. En général, les topiques émolliens calment la douleur que cause l'érysipèle de cause interne, plutôt qu'ils n'en abrègent la durée. Quand l'érysipèle est phlegmoneux, les cataplasmes de farine de graine de lin et d'eau de guimauve peuvent remplacer utilement les fomentations; ils méritent même la préférence, lorsque l'inflammation s'étend profondément dans le tissu cellulaire, et qu'elle tient plus en quelque sorte du phlegmon que de l'érysipèle. Ces topiques ne conviennent en général qu'au commencement de l'érysipèle; ils doivent être ensuite changés ou modifiés, suivant que l'inflammation se termine par délitescence, par résolution, par suppuration, ou par gangrène.

Lorsque l'érysipèle disparaît subitement, la métastase sur un organe intérieur est à craindre: il est certain

qu'elle est faite lorsque le malade éprouve des symptômes qui annoncent l'inflammation d'un organe qui auparavant était parfaitement sain. Ce déplacement de l'érysipèle est toujours fâcheux; mais il est d'autant plus dangereux que l'organe sur lequel la métastase s'est faite est plus essentiel à la vie. En pareil cas, on doit tâcher de rappeler l'inflammation au-dehors, en appliquant un large vésicatoire sur l'endroit qui était le siége primitif du mal, ou sur un endroit voisin de l'organe affecté. L'érysipèle ne reparaît pas toujours après l'application du vésicatoire; mais la suppuration que celui-ci fournit devient salutaire, si elle est abondante. Du reste, on doit employer les moyens propres à combattre l'inflammation de l'organe sur lequel la métastase s'est faite.

Lorsque l'érysipèle se termine par la résolution, ce qu'on reconnaît à la diminution de tous les symptômes, on remplace la fomentation émolliente et résolutive dont nous avons parlé, par une décoction de fleurs de sureau et de mélilot, animée par un peu d'eau-de-vie.

Dans l'érysipèle phlegmoneux, si l'inflammation, au lieu de diminuer vers le septième ou huitième jour, se soutient au même degré, la suppuration est à craindre. Dans ce cas, on continuera l'usage des topiques émolliens, et aussitôt qu'on sentira de la fluctuation, ou même seulement un empâtement purulent, on pratiquera les incisions nécessaires pour donner issue à la matière purulente; car si l'on diffère ces incisions, le pus déchire les cellules du tissu cellulaire, et se creuse un foyer très-large dont les parois se recollent toujours très-difficilement. L'étendue de ces incisions ne sera point propor-

tionnée à la grandeur de l'abcès ; mais on en pratiquera plusieurs dans les endroits les plus déclives.

Quand la violence de l'inflammation fait craindre la gangrène, on continue l'usage des fomentations ou des cataplasmes émolliens, afin de modérer l'engorgement et de prévenir ainsi la mortification, ou d'en arrêter les progrès lorsqu'elle est déclarée. Mais si l'inflammation perd de son intensité, parce que les forces vitales sont languissantes, on couvrira les parties de compresses trempées dans une décoction de quinquina, animée avec de l'eau-de-vie camphrée. Enfin si, malgré l'atonie générale, l'érysipèle marche rapidement vers la gangrène, on appliquera successivement plusieurs vésicatoires, ou même le cautère actuel sur le foyer du mal. Ces moyens perturbateurs ont quelquefois arrêté la marche fâcheuse de l'inflammation, ou tout au moins mis des bornes à la mortification. Lorsque rien n'a pu prévenir la gangrène et que la nature en a fixé les limites, on facilite la chute des escarres en mettant sur leurs bords un plumasseau couvert d'un digestif simple, et quand elles sont tombées, on panse les ulcères avec de la charpie sèche. Dans ce cas, ainsi que dans celui où l'érysipèle s'est terminé par suppuration, comme le malade fait des pertes considérables par l'abondance de la suppuration, il convient de soutenir ses forces par des alimens très-nourrissans et de facile digestion, par l'usage modéré du vin et par celui du quinquina à l'intérieur.

Le régime est une partie essentielle du traitement de l'érysipèle, mais nous renvoyons pour cet objet à ce que nous avons dit en parlant de l'inflammation en gé-

néral. Jusqu'ici nous n'avons parlé que de l'érysipèle en général, nous en avons désigné les causes, décrit les symptômes, exposé les complications les plus communes, et établi le traitement; mais pour compléter ce qui a rapport à cette maladie, nous croyons devoir ajouter, à ce que nous en avons déjà dit, une description de l'érysipèle du visage, et de celui qui est connu sous le nom d'érysipèle pustuleux, *zona* ou *zoster*.

§. I[er] *De l'Érysipèle du visage.*

L'érysipèle du visage est rarement produit par une cause externe, presque toujours c'est une cause interne qui lui donne naissance; il survient quelquefois à la suite des plaies de la tête, ou des opérations pratiquées sur cette partie; mais le plus souvent alors la plaie, ou l'opération qu'il vient compliquer ne doit être regardée que comme la cause occasionnelle ou déterminante de l'érysipèle, qui probablement se serait développé par-tout ailleurs, si la même irritation y eût existé.

L'invasion de l'érysipèle du visage s'annonce ordinairement tout-à-coup par un frisson violent, que suit bientôt une grande chaleur, et que la céphalalgie, l'assoupissement, la fréquence et la dureté du pouls accompagnent. Au bout de deux ou trois jours, le malade ressent de la douleur dans quelque point du visage, et plus ordinairement aux paupières; une rougeur vive, quelquefois jaunâtre, s'y manifeste; bientôt cette partie se tuméfie, se tend, devient luisante. La rougeur n'a pas d'abord une grande étendue, mais elle gagne par degrés,

de la partie primitivement affectée, aux autres parties du visage qu'elle couvre communément tout entier ; elle se propage fréquemment sur le cuir chevelu, ou descend sur quelque partie du cou. A mesure que la rougeur s'étend, elle disparaît ordinairement, ou au moins elle diminue sur les parties qu'elle occupait d'abord ; toutes celles qui deviennent rouges sont en même temps affectées d'un gonflement qui subsiste quelque temps après que la rougeur est dissipée. Le visage se tuméfie considérablement, et les paupières sont quelquefois tellement gonflées, que le malade ne peut point les ouvrir ; en même temps les autres symptômes locaux prennent une intensité plus grande.

Tous ces symptômes augmentent pendant quelque temps, et souvent des vésicules ou phlyctènes plus ou moins grandes, remplies d'une liqueur ténue, jaunâtre ou presque sans couleur, se manifestent ; la surface de la peau, dans l'endroit où s'élèvent ces phlyctènes, devient quelquefois livide et noirâtre ; mais cette lividité fait rarement des progrès, et n'est presque jamais un indice de la gangrène de la peau. Le malade éprouve fréquemment une démangeaison incommode dans la partie malade ; enfin, au bout de quelques jours, il s'y manifeste un suintement d'une matière séreuse, jaunâtre, facile à se concréter et à former des croûtes ; ce suintement est plus abondant dans certaines parties du visage que dans d'autres. Bientôt tous ces symptômes diminuent, la rougeur perd son éclat, la peau se ride, l'épiderme tombe en écailles, et en peu de temps le malade se trouve rétabli.

L'inflammation du visage ne produit aucune rémission de la fièvre qui l'a précédée, quelquefois même elle devient plus forte à mesure que l'inflammation augmente et s'étend. Cette inflammation continue ordinairement huit ou dix jours, pendant lesquels la fièvre et les symptômes qui l'accompagnent subsistent toujours et augmentent ou diminuent, suivant que l'inflammation elle-même augmente, ou qu'elle perd de son intensité.

Si à mesure que l'inflammation fait des progrès, le délire et l'affection comateuse augmentent, la mort est à craindre; le malade périt alors d'apoplexie, le septième, le neuvième ou le onzième jour; plus souvent encore il succombe à l'inflammation des membranes du cerveau.

Lorsque l'érysipèle du visage, après avoir fait des progrès assez considérables, reste ou semble rester stationnaire, qu'il y a du délire, de l'assoupissement, que le pouls est petit sans être ni mou ni trop fréquent, que la peau n'a qu'une chaleur modérée, qu'il n'y a point de symptômes d'embarras gastrique manifestes, enfin, s'il règne alors des fièvres ataxiques, le cas est dangereux, souvent même la maladie est mortelle. Il faut toujours se méfier, lorsque la nature paraît, pour ainsi dire, indécise, et que ses efforts incohérens et sans ordre ne semblent tendre vers aucun but; car un pareil état indique une affection profonde de l'économie. Le cadavre des personnes mortes de semblables érysipèles, n'a souvent présénté à l'examen anatomique, aucune trace de la cause de la mort.

L'érysipèle du visage se termine ordinairement par résolution; quelquefois il se forme des abcès dans les

paupières; enfin la gangrène peut aussi s'emparer de ces parties, et s'étendre à d'autres.

Le traitement de l'érysipèle du visage se rapportant à ce que nous avons dit précédemment en parlant du traitement de l'érysipèle en général, nous nous abstiendrons d'en parler de nouveau. Nous remarquerons seulement, 1.° que dans l'érysipèle très-intense du visage, accompagné de symptômes qui annoncent une affection plus ou moins grave du cerveau, la saignée et les vésicatoires peuvent être d'un grand secours; 2.° que les topiques sont inutiles, et qu'ils peuvent même devenir nuisibles, par le refroidissement et le dessèchement des linges qui se collent douloureusement aux endroits d'où suinte une sérosité jaunâtre; 3.° enfin, qu'il se forme fréquemment dans la paupière supérieure un abcès dont on peut abandonner l'ouverture à la nature lorsqu'il est petit, mais qu'il faut ouvrir par une incision transversale lorsqu'il est considérable.

§. II. *De l'Érysipèle pustuleux*, zona *ou* zoster.

L'érysipèle pustuleux est une inflammation de la peau, qui paraît affecter plus particulièrement le tissu réticulaire de cette membrane, et qui est toujours accompagnée d'une éruption de pustules nombreuses et rapprochées. Cette espèce d'érysipèle est caractérisée par une rougeur plus ou moins vive, disposée autour du corps en forme de bande demi-circulaire, continue, ou composée d'une suite de plaques; par des pustules qui couvrent la rougeur et qui la précèdent quelquefois; par des picotemens

et une douleur cuisante qui précèdent et accompagnent l'éruption érysipélateuse; enfin, par le dessèchement des pustules et leur transformation en croûtes qui tombent sans se renouveler, et terminent la maladie, dont la durée est de vingt à trente jours.

L'érysipèle pustuleux participe de la dartre : aussi lui a-t-on donné le nom de ceinture dartreuse; on l'a encore appelé ceinture de feu, érysipèle ou dartre miliaire. Il a, en effet, quelques caractères qui le rapprochent de cette espèce de dartre; tels sont la rougeur, la nature des douleurs que le malade éprouve, les petites pustules qui couvrent la partie enflammée, les croûtes qui leur succèdent; mais il en diffère essentiellement : 1.° par la nature de sa cause; 2.° par ses symptômes précurseurs; 3.° par la forme qu'il affecte; 4.° par sa durée; 5.° enfin par sa terminaison qui est toujours complète et assurée, lorsque les croûtes sont tombées.

Le zona peut avoir son siége dans toutes les parties du corps, mais il se manifeste ordinairement sur un des côtés de la poitrine ou du bas-ventre, où il forme une demi-ceinture, large de quatre à cinq travers de doigt, qui s'étend plus ou moins obliquement d'un seul côté, depuis le sternum ou l'ombilic jusqu'à la colonne vertébrale; quelquefois il dépasse un peu de chaque côté la ligne médiane, mais il est extrêmement rare qu'il enveloppe tout le corps en formant un cercle entier. Du reste, la ceinture que le zona forme peut être régulière ou irrégulière, continue ou interrompue par des portions de peau saine. L'érysipèle pustuleux peut être simple ou compliqué, sporadique ou épidémique, ne

tenir qu'à une cause accidentellement existante, ou dépendre d'une cause qui se reproduit à des époques plus ou moins rapprochées. Il peut aussi avoir des liaisons avec certaines évacuations, et avec d'autres maladies; ainsi, on l'a vu alterner avec la goutte, avec le rhumatisme, avec une diarrhée, accompagner l'évacuation menstruelle, etc.

L'érysipèle pustuleux appartient à tous les climats: il peut se manifester dans toutes les saisons, mais on le voit plus fréquemment au printemps et dans l'automne; il est beaucoup plus commun dans les villes que dans les villages; et il est très-rare que les enfans en soient attaqués.

Le zona dépend toujours d'une cause interne, mais la nature de cette cause est inconnue; les mêmes circonstances qui concourent à créer la cause de l'érysipèle en général, peuvent produire aussi celle du zona et conséquemment donner lieu à cette maladie. Les personnes d'un tempérament bilieux et celles qui font un usage habituel et souvent abusif des alimens âcres et des boissons spiritueuses, y sont beaucoup plus sujettes que les autres. Très-souvent l'embarras saburral des premières voies coïncide avec le développement du zona.

Le cours de cette maladie peut être divisé en quatre périodes: 1.° celle de l'invasion; 2.° celle de l'éruption; 3.° celle de l'exsiccation des vésicules et de la formation des croûtes; 4.° enfin, celle de la chute des croûtes.

Ire Période. Un mouvement fébrile plus ou moins

marqué, un malaise général, des élancemens et des picotemens dans diverses parties de la peau, des inquiétudes vagues, de l'agitation, surtout pendant la nuit, une insomnie opiniâtre, l'anxiété précordiale, l'anorexie, le dégoût, des nausées et même des vomissemens, quelquefois de la difficulté dans la respiration, précèdent ordinairement l'éruption de l'érysipèle pustuleux. Ces symptômes augmentent et subsistent pendant plusieurs jours; ensuite le malade éprouve une chaleur âcre, brûlante, prurigineuse, dans l'endroit où doit paraître l'éruption; cet endroit devient un peu rouge, se gonfle légèrement, et le malade y ressent une vive cuisson, surtout pendant la nuit.

IIme Période. Des vésicules ou petites pustules très-rapprochées, d'une couleur tantôt blanche, tantôt d'un rouge plus ou moins foncé, se manifestent; ces pustules couvrent la partie de la peau rubéfiée, et parviennent en peu de temps à leur entier développement; leur éruption ne se fait point d'une manière instantanée et uniforme; elle présente au contraire une sorte de succession; quelques-unes d'entre elles se sèchent et disparaissent, tandis qu'il en renaît d'autres; d'abord très-petites, ces vésicules augmentent par degrés, s'élargissent et deviennent de véritables phlyctènes; la sérosité qu'elles contiennent est louche, blanchâtre, et quelquefois d'un rouge-brun; alors elles se rident, s'ouvrent d'elles-mêmes, ou sont crevées par le malade qu'une démangeaison excessive force à se gratter; en même temps les autres symptômes diminuent. Quelquefois le

pustules se montrent avant que la peau ait changé de couleur; dans ce cas, la base de chaque vésicule est entourée d'une aréole inflammatoire qui s'étend et augmente progressivement à mesure que ces vésicules prennent elles-mêmes de l'accroissement; bientôt les aréoles se joignent et forment par leur réunion un érysipèle continu dans toute la surface que le zona occupe.

III.me Période. Aussitôt que les pustules sont ouvertes, la sérosité qu'elles contiennent s'écoule et continue à suinter des endroits excoriés, la douleur cuisante et les picotemens persistent et se font surtout sentir pendant la nuit, quoique plus faiblement que dans la *I.re* et la *II.me périodes;* quelquefois on remarque alors une véritable ulcération du tissu réticulaire qui est gonflé, et offre de petits bourgeons charnus, inégaux, séparés par des sortes de fissures; le liquide qui suinte des endroits excoriés, produit en se desséchant des croûtes grisâtres ou noirâtres, plus ou moins larges, de forme irrégulière, et dont l'épaisseur varie depuis une ligne jusqu'à quatre ou cinq: à cette époque, le gonflement de la partie diminue et ne tarde pas à disparaître.

IV.me Période. Cependant les croûtes se sèchent, deviennent noirâtres, et tombent successivement; la rougeur de la peau diminue, les picotemens et la démangeaison s'appaisent, et l'épiderme se régénère sous les croûtes; mais il ne se fait point de desquammation aux endroits où il n'y avait point de vésicules. La peau reste

un peu rouge pendant long-temps aux lieux où siégeaient les croûtes, et quelquefois la place de quelques-unes d'elles est marquée par une espèce de cicatrice, semblable en quelque sorte à celles que laissent certaines pustules varioleuses. Ces cicatrices ne s'effacent point, quoique la partie qui a été attaquée du zona reprenne avec le temps sa couleur naturelle.

Lorsque l'érysipèle pustuleux a achevé son cours, il arrive quelquefois qu'il subsiste des picotemens et même une douleur vive dans la partie de la peau qu'il occupait; et dans quelques cas la tenacité de cette douleur est telle, que pour la détruire on est obligé de recourir à l'application des vésicatoires. Cette douleur se fait sur-tout sentir aux époques où le temps change; et on l'a vue persister cinq ou six ans de suite, et même plus long-temps.

Le pronostic du zona est différent, suivant l'étendue et l'intensité de la maladie, la disposition particulière du malade, et les complications qui peuvent avoir lieu. En général, lorsque l'éruption a peu de largeur, qu'elle ne forme qu'une demi-ceinture, et que les pustules sont peu nombreuses et fort écartées les unes des autres, le zona est peu grave; et nous avons même vu dans ce cas, beaucoup de malades dont la santé générale n'éprouvait presque aucun dérangement, et qui continuaient à se livrer à leurs travaux accoutumés. Quand la bande érysipélateuse a beaucoup de largeur et qu'elle entoure tout le corps, la maladie est beaucoup plus grave; et pour lors, selon Pline, la perte du malade est infaillible. Une terminaison aussi funeste a été rarement observée :

mais on conçoit que si le zona est répercuté, et que la fluxion métastatique ait lieu dans la poitrine ou dans l'abdomen, il peut en résulter les accidens les plus fâcheux. Cette métastase est sur-tout à craindre chez les personnes qui ont la poitrine faible et qui sont menacées de pulmonie. Lorry l'a vue favoriser le développement de la phthisie et accélérer la mort du malade. Lorsque le zona est compliqué par une autre maladie, le pronostic est d'autant plus fâcheux, que cette maladie elle-même est plus grave.

Quant au traitement, lorsque le zona est simple, il suffit de mettre le malade à un régime convenable et à l'usage de boissons délayantes, adoucissantes, telles que le petit-lait, l'eau de veau, l'oxymel simple, l'eau d'orge édulcorée avec le miel ou le sirop de vinaigre, et de tenir le ventre libre par des lavemens. Après la chute des croûtes et l'entière dessiccation, il convient de purger le malade. Il est presque toujours nécessaire de donner un vomitif dès l'invasion du zona; et l'on doit avoir recours à ce moyen, à quelque époque que ce soit de la maladie, lorsqu'il existe des symptômes bien prononcés d'embarras gastrique.

La saignée a été employé quelquefois avec succès, lorsque la fièvre était considérable et l'agitation très-grande; mais les cas où ce moyen est indiqué sont très-rares, et on ne doit même alors en user qu'avec la plus grande circonspection, parce que la cause de la maladie étant toujours interne, on doit craindre d'en provoquer ou d'en faciliter la rétrocession, en dérangeant par la saignée les mouvemens de la nature, ou en diminuant ses forces.

Le régime demande beaucoup d'attention : tant que le malade éprouvera des symptômes généraux, qu'il aura du dégoût, de l'anorexie, on ne lui permettra que trois ou quatre bouillons par jour. A mesure que ces symptômes diminueront, on augmentera la nourriture, qui devra toujours être légère, de facile digestion et en quantité proportionnée à l'état du malade ; s'il est faible, on lui permettra l'usage du vin coupé avec de l'eau.

Quant aux topiques, l'expérience a appris qu'ils sont plus nuisibles qu'utiles : ainsi il est prudent de ne permettre l'application ni de corps gras, ni de substances humides. On couvrira seulement la partie d'un linge fin, qui, renouvelé souvent, absorbera la matière de l'exsudation, et préviendra les frottemens douloureux de la chemise ou des habits. On évitera surtout l'usage des astringens et des répercussifs qui pourraient donner lieu à une métastase funeste.

Lorsque la maladie est terminée, si les douleurs continuent à se faire sentir dans l'endroit qui a été le siége du zona, on aura recours aux bains tièdes, au lait d'ânesse, ou à un mélange d'eau d'orge et de lait de vache ; et si elles résistent à ces moyens, on appliquera un ou successivement plusieurs vésicatoires sur l'endroit douloureux.

Article II.

Du Phlegmon.

Le phlegmon est une tumeur inflammatoire, circonscrite, accompagnée de chaleur, de rougeur, de douleur et d'un sentiment de pulsation. Cette tumeur a son siége dans le tissu cellulaire, et s'étend plus ou moins profondément dans la partie qu'elle occupe. Lorsque le phlegmon attaque le tissu cellulaire sous-cutané, la peau participe à l'inflammation dès l'invasion de la maladie, et présente une couleur rouge plus ou moins foncée; mais lorsque le phlegmon est situé profondément, la peau né s'enflamme que consécutivement, et à mesure que la maladie fait des progrès vers l'extérieur.

Le phlegmon ayant son siége dans le tissu cellulaire, est commun à toutes les parties dans lesquelles ce tissu existe. Cependant il en est qui, quoique formées en grande partie de tissu cellulaire, sont, à raison de leur peu d'épaisseur, ou de leur structure dense et serrée, très-peu susceptibles de se prêter au développement des phénomènes qui caractérisent le phlegmon, et dans lesquelles, par conséquent, cette espèce de tumeur inflammatoire ne se montre jamais; tels sont les membranes, les aponévroses, les ligamens, les tendons, les cartilages et les os. Mais toutes les autres parties du corps, tant internes qu'externes, peuvent être le siége de cette maladie, qui attaque cependant plus particulièrement

celles qui sont presqu'entièrement formées de tissu cellulaire, ou qui en contiennent une grande quantité.

Considéré sous le rapport de sa situation, le phlegmon peut être distingué en interne et en externe. Le phlegmon interne, c'est-à-dire, qui affecte les organes intérieurs, tels que les poumons, le foie, etc., étant du ressort de la pathologie interne, nous ne traiterons que du phlegmon externe.

Les endroits du corps où le phlegmon se montre le plus souvent, sont ceux qui contiennent beaucoup de tissu cellulaire; ainsi le cou, les aisselles, les mamelles chez les femmes, les aines, les membres tant supérieurs qu'inférieurs, la marge de l'anus, sont très-fréquemment le siége de cette maladie.

Le phlegmon se présente quelquefois avec certaines modifications qui lui ont fait donner les noms de phlegmon érysipélateux, phlegmon œdémateux, etc.: mais ces modifications ne changeant rien au véritable caractère de la maladie, les distinctions scolastiques auxquelles elles ont donné lieu, ne peuvent être d'aucune utilité, et ne méritent par conséquent aucune attention.

Le phlegmon est toujours produit par une cause irritante qui augmente les propriétés vitales des vaisseaux et des nerfs de la partie irritée, détermine l'affluence du sang et de la lymphe sur cette partie, et par l'accumulation de ces humeurs, l'intumescence, la distension, la douleur, etc. Très-souvent la cause irritante qui produit le phlegmon, est externe, comme une forte compression des vaisseaux et des nerfs, une plaie, une piqûre, une brûlure, la présence d'un corps étranger,

etc. Quelquefois le phlegmon se développe spontanément, sans l'action d'aucun agent extérieur, et on le regarde alors comme l'effet d'une cause interne; mais la nature de cette cause et sa manière d'agir sont absolument inconnues.

Les symptômes du phlegmon sont, une tumeur plus ou moins volumineuse, circonscrite, dure, élastique; une douleur aiguë, accompagnée d'élancemens, ou d'un sentiment de pulsation; une rougeur plus ou moins foncée, suivant la profondeur de la tumeur dont le milieu est toujours plus rouge que la circonférence, et cette rougeur ne disparaît point par la pression du doigt comme dans l'érysipèle; une chaleur plus ou moins intense, suivant le degré auquel la peau participe à l'inflammation du tissu cellulaire, et la violence de cette inflammation elle-même. Ces symptômes ont peu de violence d'abord; ils augmentent successivement, et lorsque la maladie est parvenue à son plus haut période, si elle se termine par résolution, ils diminuent peu-à-peu, et disparaissent enfin entièrement; mais lorsqu'elle prend une autre terminaison, les symptômes éprouvent des modifications dont nous parlerons bientôt.

Lorsque le phlegmon dépend d'une cause externe, qu'il est peu considérable, et qu'il a son siége dans une partie peu sensible, il produit à peine un léger mouvement fébrile. Dans le cas contraire, la fièvre l'accompagne avec tous les symptômes qui lui sont propres, tels que la chaleur de la peau, la soif, la sécheresse de la bouche, la rougeur du visage, l'agitation, l'insomnie, etc. L'intensité de ces symptômes est toujours propor-

tionnée à celle de l'engorgement inflammatoire, et au degré de sensibilité de la partie affectée. Dans le phlegmon de cause externe, la pyrexie ne se manifeste que lorsque l'inflammation est déjà parvenue à un certain degré ; tandis que dans le phlegmon de cause interne, elle précède ordinairement l'inflammation.

Le phlegmon peut se terminer par délitescence, par résolution, par suppuration, par gangrène, ou par induration.

La délitescence a rarement lieu dans le phlegmon ; dans cette espèce de tumeur l'engorgement inflammatoire est trop considérable pour disparaître tout d'un coup, et la cause de l'inflammation, concentrée, pour ainsi dire, sur un seul point, qui est le centre de l'engorgement, semble tenir avec trop de force à la partie sur laquelle elle s'est fixée, pour la quitter et se transporter ailleurs. La délitescence, quoique extrêmement rare, peut cependant avoir lieu dans le phlegmon de cause interne. Elle est à craindre si les symptômes inflammatoires diminuent avant que l'inflammation ait atteint son dernier degré d'intensité; en pareil cas, il faudrait, pour prévenir la délitescence, fixer la matière morbifique sur la partie où elle s'est d'abord portée, en appliquant sur la tumeur des topiques irritans, et même un vésicatoire.

La résolution est la terminaison la plus avantageuse du phlegmon, même lorsqu'il dépend d'une cause interne; car l'inflammation modifie, élabore la cause de la maladie, lui fait perdre ses qualités nuisibles, et la rend propre à être portée au dehors par la voie des excrétions.

On ne doit donc jamais craindre de favoriser cette terminaison; on doit surtout la provoquer lorsque le phlegmon est situé profondément, qu'il occupe un organe que la suppuration pourrait altérer, ou que l'abcès qu'il pourrait faire naître serait difficile à guérir. On doit espérer que la résolution aura lieu lorsque l'inflammation n'est pas très-vive, et qu'elle attaque des parties dont le tissu cellulaire ne contient que très-peu de graisse. Cette terminaison se manifeste par la diminution successive de la chaleur, de la rougeur, de la douleur et de la tension; et si la tumeur a son siége dans le tissu cellulaire sous-cutané, il se fait une sorte de desquammation de l'épiderme.

La suppuration est une terminaison presque inévitable du phlegmon, lorsque la partie où il a son siége contient une grande quantité de tissu cellulaire graisseux, comme les fesses, les environs de l'anus, etc. Le temps nécessaire à la formation du pus varie suivant l'intensité de l'inflammation, et la disposition du tissu cellulaire où elle est placée. Si l'inflammation est très-vive et que le phlegmon occupe une partie dont le tissu cellulaire contient beaucoup de graisse, dès le cinquième, le sixième, ou tout au plus le huitième jour, la suppuration est formée au centre de la tumeur; mais si l'inflammation est moins intense, si le tissu cellulaire contient plus de sérosité que de graisse, alors la suppuration ne s'établit qu'au bout d'un temps plus long, par exemple, au quinzième ou vingtième jour, et quelquefois plus tard encore.

On juge que la suppuration pourra se faire, par la

violence de l'inflammation et la rapidité de sa marche, par un sentiment de pulsation, et par la nature graisseuse de la partie affectée. On connaît que la suppuration se fait, à l'augmentation de tous les symptômes et à des frissons irréguliers. Enfin on s'aperçoit qu'elle est faite, à la diminution de la tension, de la chaleur et de la fièvre, au changement de la douleur qui cesse d'être pulsative et devient gravative, à un point saillant qui se manifeste au centre de la tumeur, et à la fluctuation de la matière. Alors, si la tumeur n'est point ouverte par le Chirurgien, la peau qui en recouvre le sommet devient blanche et s'amincit; elle se déchire, et le pus s'écoule.

Le phlegmon se termine quelquefois par gangrène; cette terminaison qui est fâcheuse en général, dépend tantôt de la violence de l'engorgement inflammatoire, tantôt de la malignité de l'inflammation. Mais quelle qu'en soit la cause, elle s'annonce par la diminution de la douleur, de la chaleur et de la tension, par le changement de couleur de la partie, qui devient livide et noire, par des phlyctènes remplies d'une sérosité noirâtre, qui s'élèvent sur la peau, et par tous les autres symptômes dont nous avons parlé en traitant de la gangrène. Quand le phlegmon occupe toute l'épaisseur d'un membre, comme cela arrive quelquefois dans les fractures comminutives, les plaies d'armes à feu, les piqûres profondes, etc., la violence de l'engorgement et l'étranglement produit par la résistance de l'aponévrose commune des muscles, peuvent déterminer le sphacèle de ce membre. Mais lorsque le phlegmon est circonscrit et qu'il

n'intéresse que le tissu cellulaire sous-cutané, si la gangrène survient, elle ne frappe que les tégumens et le tissu cellulaire, et n'attaque ordinairement que le sommet de la tumeur. C'est ainsi que l'on voit quelquefois les grandes inflammations qui naissent aux environs de l'anus, former une tumeur plus ou moins proéminente, dont le sommet se convertit en une large escarre qui comprend non-seulement la peau, mais encore le tissu cellulaire graisseux; en sorte qu'à la chute de cette escarre, le muscle fessier se trouve dénudé dans une grande étendue, comme nous l'avons vu plusieurs fois.

Le phlegmon peut se terminer par induration, mais cette terminaison n'a guère lieu que lorsque la maladie a son siège dans un organe glanduleux, comme le testicule. L'emploi des répercussifs et même celui des résolutifs avant l'époque convenable, la lenteur de l'inflammation, l'indolence de la partie malade et la durée de la maladie, sont autant de causes qui tendent à produire cette terminaison, qui est favorisée d'ailleurs par la texture même de l'organe affecté.

Le pronostic du phlegmon se tire non-seulement de l'étendue et de la violence de l'engorgement, mais encore de la profondeur à laquelle il est situé, de la nature de la partie enflammée, et de ses relations avec les autres parties en général, et en particulier avec celles qui l'avoisinent. Si le phlegmon a son siège aux environs de certains tendons et qu'on ne puisse pas prévenir la suppuration ou la gangrène, la dénudation de ces tendons aura lieu, l'exfoliation en deviendra inévitable, et les parties seront privées des mouvemens que leur

faisaient exécuter les muscles dont les tendons se sont exfoliés. S'il a son siège aux environs de l'extrémité inférieure du rectum, la dénudation de cet intestin peut, lors même qu'il n'est point percé, donner lieu par la suite à une fistule.

S'il est une espèce de tumeur inflammatoire où la saignée convienne pour prévenir ou diminuer la violence de l'inflammation, c'est certainement le phlegmon; la saignée en diminuant la quantité du sang et avec elle les forces vitales, prévient les progrès de l'engorgement en même temps qu'elle ralentit le cours de l'inflammation, et la tient, pour ainsi dire, au degré favorable à la résolution. Mais pour retirer de la saignée tout l'avantage possible, il faut la pratiquer au commencement de la maladie, et tirer en un ou deux jours, toute la quantité de sang qu'on croira nécessaire, d'après les forces, l'âge, le tempérament du malade, et l'intensité de la maladie. Dans un sujet robuste, deux ou trois saignées copieuses, pratiquées dès le commencement de l'engorgement phlegmoneux, remplissent toutes les indications que présente la maladie relativement à la saignée.

Les saignées locales produisent aussi de bons effets, en dégorgeant les vaisseaux de la partie enflammée. Du reste, on peut voir ce que nous avons dit de la saignée en traitant de l'inflammation en général.

Il faut seconder les saignées par des boissons délayantes et rafraîchissantes, par un régime proportionné à l'intensité du phlegmon et à la nature de la partie affectée.

Il est aussi nécessaire de tenir le ventre libre par le moyen des lavemens. Les vomitifs sont quelquefois indi-

qués au début de la maladie, par les symptômes ordinaires de l'embarras gastrique; mais il ne faut les administrer qu'après avoir pratiqué la saignée, si elle est jugée nécessaire. Quant aux purgatifs, ils ne conviennent guère que vers la fin de la maladie, et on ne doit même y avoir recours alors que lorsqu'ils sont indiqués par l'état des premières voies.

Les topiques propres à combattre l'inflammation phlegmoneuse, doivent être différens selon l'intensité et les temps de la maladie, et selon l'espèce de terminaison pour laquelle la nature se déclare. Les répercussifs peuvent être employés dans le commencement du phlegmon, lorsqu'il est peu considérable et qu'il provient d'une cause externe. Dans toute autre circonstance, on doit s'abstenir de ces remèdes qui pourraient occasionner une métastase, ou produire l'induration de la partie : ce dernier effet est sur-tout à craindre lorsque la maladie existe déjà depuis plusieurs jours, et qu'elle affecte un organe glanduleux.

Lorsque les répercussifs ne conviennent point ou qu'ils n'ont pas produit l'effet qu'on en attendait, on emploie les émolliens auxquels on associe les anodins et même les narcotiques si la douleur est fort vive. Les émolliens qui conviennent le mieux sont les cataplasmes de farine de graine de lin cuite dans une forte décoction de racine de guimauve, ou les cataplasmes de mie de pain et de lait, dans lesquels on mêle quelques jaunes d'œufs et un peu de safran. Ces topiques suffisent ordinairement pour conduire à parfaite guérison un phlegmon qui prend la voie de la résolution; cependant on peut hâter cette ter-

minaison en joignant de doux résolutifs aux émolliens, lorsque la douleur et la tension de la tumeur phlegmoneuse commencent à se relâcher, et en augmentant ces résolutifs par degrés, à mesure que l'inflammation diminue.

Quand le phlegmon passe à l'état de suppuration, si l'inflammation est très-vive, il faut s'en tenir aux émolliens; des topiques actifs pourraient alors déterminer la gangrène; mais lorsque l'inflammation est moins vive, il faut mêler de doux maturatifs aux émolliens, et à mesure que la suppuration se fait, on augmente la quantité et la force des maturatifs. Enfin, on a recours aux maturatifs les plus actifs, quand l'inflammation est languissante, et que l'engorgement est situé profondément. Lorsque l'abcès sera formé, si la tumeur est peu considérable, si elle s'est élevée en pointe rapidement, et s'il n'y a point à craindre un trop grand décollement de la peau, on pourra la laisser s'ouvrir seule. Dans les cas contraires, on l'ouvrira avec l'instrument tranchant; en un mot, on se conduira comme nous l'avons dit en parlant du traitement des abcès en général.

Article III.

Du Clou ou Furoncle.

Le furoncle est une tumeur inflammatoire, circonscrite, dure, élevée en pointe dans son milieu, qui se termine toujours par suppuration, et au centre de la-

quelle on trouve une substance blanche connue sous le nom de bourbillon.

Le furoncle, de même que le phlegmon, a son siége dans le tissu cellulaire; c'est là que se forme le noyau de l'engorgement; la peau ne se trouve affectée que consécutivement; elle s'enflamme et s'ouvre tantôt dans un seul point, tantôt dans plusieurs à-la-fois. Il n'y a aucune partie du corps pourvue d'une certaine quantité de tissu cellulaire qui ne puisse devenir le siége de cette maladie; cependant elle n'attaque guère le front, le cuir chevelu, la plante des pieds et la paume des mains: elle n'est point rare au visage, mais peut-être ne l'a-t-on jamais vue aux paupières et aux oreilles.

Ordinairement plusieurs furoncles se montrent à-la-fois, ou se succèdent rapidement sur diverses parties du corps, surtout chez les enfans, ou immédiatement après la terminaison de quelque maladie aiguë. Quelquefois le nombre des furoncles est si considérable, que les malades ont peine à trouver une partie sur laquelle ils puissent reposer ou incliner le corps. Il est rare de n'en avoir qu'un.

La grosseur de ces tumeurs varie; elle excède rarement le volume d'un œuf de pigeon. En général, le furoncle est plus volumineux lorsqu'il est seul, que lorsqu'il y en a plusieurs en même temps: dans le premier cas, son volume égale quelquefois celui d'un œuf de poule.

Le furoncle dépend toujours d'une cause interne; mais la nature de cette cause n'est pas connue. Tantôt il se manifeste chez des personnes parfaitement saines,

et qui n'ont éprouvé aucune maladie antérieure; tantôt il survient après une autre maladie, telle que la petite-vérole, la rougeole, une fièvre putride, etc. Dans l'un et l'autre cas, le furoncle doit être considéré comme un moyen dont la nature se sert pour se débarrasser d'un principe morbifique: aussi l'a-t-on regardé, lorsqu'il survient après la terminaison d'une maladie aiguë, comme critique, salutaire et propre à produire une sorte de dépuration. On a remarqué que le furoncle qui arrive sans avoir été précédé par une autre maladie, se manifeste plus fréquemment au printemps, et qu'il affecte particulièrement les personnes sanguines et pléthoriques. Aucun âge n'est à l'abri de cette maladie; non-seulement les adultes, mais aussi les jeunes gens, les enfans nouveaux-nés même peuvent en être attaqués.

Le furoncle se montre sous la forme d'une tumeur plus ou moins volumineuse, dure, circonscrite, chaude, douloureuse, d'un rouge tirant sur le pourpre, ayant la forme d'un cône dont la base est fort au-dessous de la surface de la peau, mais dont la pointe ou le sommet s'élève rarement beaucoup au-dessus. La douleur que le furoncle produit est plus ou moins vive, suivant l'endroit du corps où il est placé, et sa situation plus ou moins profonde. Nous avons observé que les furoncles qui occupent l'abdomen sont en général très-douloureux. Lorsque la tumeur est profondément située, et qu'elle occupe beaucoup plus le tissu cellulaire que la peau, elle est moins douloureuse; dans le cas contraire, la douleur est plus vive, parce que la peau qui est très-sensible, se trouve fortement tendue, surtout à la pointe

de la tumeur. Le furoncle est rarement accompagné d'un trouble général dans l'économie animale; cependant, lorsqu'il est considérable et qu'il approche de la nature de l'anthrax, la douleur excessive qui l'accompagne produit de l'agitation, l'insomnie, et quelquefois même la fièvre. Ces grands furoncles sont fréquemment accompagnés de l'engorgement douloureux des glandes lymphatiques qui reçoivent les absorbans de la partie où la tumeur a son siége. Nous avons observé plusieurs fois l'engorgement des glandes lymphatiques externes de l'aîne chez des personnes qui avaient un gros furoncle à la partie externe supérieure de la cuisse; mais cet engorgement se dissipe à mesure que le clou se dégorge par la suppuration.

Le furoncle se termine toujours par suppuration; mais cette suppuration est lente et n'occupe que le sommet de la tumeur. Ce sommet dégénère en une espèce de pustule blanchâtre, quelquefois livide, très-sensible au toucher, qui, en s'ouvrant, laisse écouler un peu de pus, presque toujours sanguinolent. Il sort ensuite une matière blanchâtre, épaisse, grumeleuse, qui est comme le noyau du furoncle, et à laquelle on a donné le nom de bourbillon. Cette matière, que l'on prendrait au premier coup-d'œil pour du pus épaissi, est réellement une portion de tissu cellulaire dénaturée par l'inflammation, et convertie en une espèce d'escarre que la suppuration a séparée des parties environnantes. Lorsque le furoncle est petit et qu'il s'élève en pointe, il ne se forme qu'une ouverture à son sommet, et le bourbillon s'échappe presque toujours en entier aussitôt que cette ouverture

est faite. Mais lorsque la tumeur est considérable, que son sommet est large, il s'y forme plusieurs ouvertures qui s'agrandissent et se réunissent presque toujours en une seule : alors le bourbillon se détache par parties, et ce n'est qu'au bout de quelques jours que la tumeur en est entièrement débarrassée. Après la sortie de cette espèce d'escarre, il reste un ou plusieurs trous peu profonds par lesquels il se fait tous les jours un écoulement sanieux, au moyen duquel la tumeur et la dureté se fondent insensiblement. Mais ces trous sont toujours fermés avant la dissipation entière de l'engorgement, qui se résout très-lentement; en sorte que l'endroit où le furoncle a existé, reste dur pendant un certain temps.

Le furoncle est une maladie très-légère et pour laquelle on réclame rarement les secours du chirurgien, à moins que la tumeur ne soit d'un volume extraordinaire, ou extrêmement douloureuse, ou enfin qu'elle ne dépende d'une affection générale de l'économie, qui exige les secours de la médecine interne.

La suppuration étant la terminaison nécessaire et inévitable du furoncle, le but du Chirurgien, dans le traitement de cette maladie, doit être d'accélérer la formation du pus : dans cette vue, on applique au centre de la tumeur un peu d'onguent basilicon, et on la couvre d'un emplâtre épais d'onguent de la mère. Le diachylon gommé qu'on emploie ordinairement est trop actif, et augmente souvent la douleur. Lorsque le furoncle est très-gros et très-douloureux, on a recours aux cataplasmes émolliens et anodins. L'ouverture du furoncle doit être abandonnée à la nature : quand elle est

faite, on aide à là sortie du pus et à celle du bourbillon, en comprimant légèrement les côtés de la tumeur.

On a cru que l'on pourrait accélérer la guérison de cette maladie en ouvrant la tumeur avec l'instrument tranchant, et ce procédé a surtout été proposé pour les grands furoncles très-douloureux, qui tiennent de la nature de l'anthrax, et sur le sommet desquels il se forme plusieurs ouvertures; mais cette opération, d'autant plus douloureuse qu'on la pratique sur une partie dont l'inflammation a singulièrement augmenté la sensibilité, est absolument inutile, puisque la sortie du bourbillon ne peut avoir lieu que quand la suppuration l'a entièrement séparé des parties voisines, et qu'alors les petites ouvertures sont réunies et en forment une commune, assez grande pour lui donner passage. Cependant si ces ouvertures, fort éloignées les unes des autres, ne pouvaient pas se réunir, il conviendrait de couper les portions de peau amincie qui les séparent, non-seulement pour faciliter la sortie du bourbillon, mais encore pour favoriser la guérison qui pourrait devenir difficile, et par l'amincissement excessif de quelques-unes de ces portions de peau, et peut-être aussi par l'impossibilité de leur recollement. La peau qui est alors beaucoup moins enflammée et moins épaisse, rend l'opération peu douloureuse.

Lorsque le furoncle est ouvert et que le bourbillon est sorti, l'ulcère qui en résulte ne tarde pas à guérir. On panse avec un emplâtre d'onguent de la mère, si le furoncle est petit; mais s'il est considérable, on met sur la partie ulcérée un plumasseau couvert d'un digestif simple, et par-dessus un cataplasme émollient. La dureté qui sub-

siste après la cicatrisation de l'ulcère se dissipe peu-à-peu, et il ne reste plus d'autre trace de la maladie, qu'une cicatrice qui demeure rouge pendant long-temps, et qui ensuite devient blanche. Quand le furoncle est très-petit, la cicatrice s'efface entièrement, mais lors qu'il est considérable, elle fait une marque pour le reste de la vie.

Lorsque l'ouverture du furoncle vient à se fermer, avant que toutes les parties du bourbillon soient détachées et sorties, il survient une autre tumeur, parce que le tissu cellulaire qui forme ce bourbillon, est privé de vie, et devient un véritable corps étranger dont l'expulsion est absolument nécessaire. Ainsi, lorsqu'on s'aperçoit que l'ouverture a de la tendance à se fermer avant la sortie entière de l'escarre, on y doit introduire un petit morceau de trochisque de minium, afin d'agrandir cette ouverture, d'exciter la suppuration, et de favoriser la séparation et la sortie du bourbillon.

Mais comme le furoncle est toujours produit par une cause interne, on doit s'appliquer à combattre cette cause par l'usage des remèdes intérieurs : les dépuratifs et les purgatifs réitérés sont les plus efficaces ; ils conviennent surtout lorsqu'il existe beaucoup de furoncles en même temps, ou qu'il en revient souvent. On est même obligé quelquefois pour prévenir les fréquentes récidives de la maladie, auxquelles bien des gens sont exposés, d'établir un exutoire au bras ou ailleurs. On juge bien, sans que nous le disions, qu'il faut examiner si les furoncles ne reconnaissent pas pour cause une diathèse scorbutique, la vérole ou tout autre vice général. C'est alors

contre l'affection générale qu'il faut diriger le traitement interne.

Article IV.

De l'Anthrax ou Charbon.

L'anthrax, ou charbon, est une tumeur inflammatoire et gangréneuse, qui a son siége dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans les tégumens. On en connaît deux espèces bien distinctes : l'anthrax simple ou bénin, et l'anthrax malin.

§. I. *Anthrax simple ou bénin.*

Cette première espèce ressemble beaucoup au furoncle; cependant elle en diffère par son volume, par l'intensité de l'inflammation, et par l'étendue de la gangrène qui ne se borne pas au tissu cellulaire, mais qui s'étend ordinairement à la peau qui couvre le sommet de la tumeur. Au reste, l'anthrax bénin, de même que le furoncle, survient spontanément chez les personnes qui paraissent jouir de la meilleure santé, ou il sert de crise à quelqu'autre maladie, et dépend toujours d'une cause interne.

L'anthrax bénin, ainsi que le furoncle, peut affecter toutes les parties du corps, mais il se manifeste surtout à la nuque, au cou, au dos, et aux extrémités.

Il se montre sous la forme d'une tumeur circonscrite, dure, d'un rouge foncé, accompagnée d'une douleur vive, brûlante, que les malades comparent à celle que

produirait un charbon ardent appliqué sur la peau. Il s'élève promptement, au sommet de cette tumeur, une ou plusieurs pustules, sous lesquelles on trouve une escarre ou croûte noire, semblable à l'effet de l'application d'un fer ardent. Cette escarre est entourée d'un cercle luisant et enflammé, de couleur rouge-brun, violet ou noirâtre; la rougeur, la douleur et la tension se propagent souvent au loin dans les parties environnantes : l'escarre s'élargit, se ramollit et s'ouvre au bout de deux ou trois jours par plusieurs petites crevasses, d'où s'échappe un pus sanguinolent et ichoreux.

La mortification se borne quelquefois au tissu cellulaire, et ne s'étend pas jusqu'aux tégumens; alors ceux-ci se ramollissent, s'amincissent, et il se forme, au sommet de la tumeur, plusieurs petites ouvertures qui se réunissent ordinairement en peu de temps. Le tissu cellulaire qui forme le noyau de la tumeur, mortifié et converti en une escarre blanchâtre, semblable au bourbillon du furoncle, séparé des parties environnantes par la suppuration, qui est toujours sanguinolente et de mauvaise nature, s'échappe par lambeaux et laisse un ulcère, au fond duquel on voit à nu les muscles, les tendons, et quelquefois même les gros vaisseaux. Les bords de cet ulcère sont en général irréguliers, et formés par une portion de peau amincie, décollée dans une plus ou moins grande étendue, et d'un rouge-brun. Cet ulcère, dont la cure est toujours fort longue, guérit en partie par le recollement de la peau, et en partie par la formation d'une cicatrice, dont la largeur est proportionnée à celle de la portion des tégumens qui a été détruite.

Quelquefois l'anthrax bénin ne produit aucun dérangement dans la santé; mais le plus ordinairement il est précédé et accompagné d'un mouvement fébrile très-marqué, qui diminue et se dissipe à mesure que la tumeur se ramollit, qu'elle s'ouvre, et que les escarres se détachent. Cette fièvre, quand elle est le simple résultat des efforts dépuratoires de la nature, et successivement de la réaction de la partie qui est le siége de la tumeur, sur l'économie entière, n'a aucun caractère particulier; mais elle est presque toujours accompagnée de symptômes qui annoncent un embarras saburral des premières voies, et quelquefois elle prend occasionnellement le caractère de la fièvre bilieuse, plus rarement celui de la fièvre putride (adynamique), ou de la fièvre maligne (ataxique). Quelquefois aussi l'anthrax survient dans le cours de ces dernières fièvres, et peut être considéré alors comme critique.

En général le charbon bénin n'est point une maladie dangereuse, même lorsqu'il est d'une certaine étendue, pourvu qu'il ait son siége dans des parties où la destruction des tégumens et du tissu cellulaire ne doive mettre à découvert que des organes dont la dénudation ne peut avoir aucune suite fâcheuse : il est plus grave, s'il doit donner lieu à la dénudation de certaines parties auxquelles le contact de l'air est nuisible, comme les tendons, les nerfs, les surfaces articulaires, etc. Au reste, les conséquences de cette maladie, comme on le conçoit facilement, sont relatives à son intensité, à son étendue, à son siège, à ses complications, à l'âge du sujet, à son tempérament et à l'état de ses forces.

Quoique l'anthrax bénin s'annonce avec les symptômes d'une inflammation très-vive, il n'est pas de nature à être combattu par la saignée. Ce moyen, si utile dans le traitement des inflammations en général, aurait ici le grand inconvénient de contrarier les efforts salutaires de la nature, en diminuant les forces qui lui sont nécessaires pour porter au-dehors la cause de la maladie; la saignée pourrait même donner lieu à la rétrocession de cette cause, et occasionner une métastase funeste. Lorsque le pouls est plein et fort, que la figure est animée, qu'il y a de l'insomnie, de l'agitation, on doit se borner à l'usage des boissons délayantes et rafraîchissantes acidulées; mais s'il y a prostration des forces, il faut au contraire employer, avec les précautions convenables, les toniques et même les cordiaux pour arrêter l'adynamie et ranimer les forces. Si au début de la maladie, ou dans son cours, il se manifestait des symptômes d'embarras gastrique, il faudrait administrer un vomitif. Pendant toute la durée de l'anthrax, on doit tenir le ventre libre, et assujettir le malade à une diète plus ou moins sévère, suivant le degré de ses forces et l'intensité de l'inflammation.

Quant à la tumeur, on doit avoir pour but de favoriser la suppuration et la séparation des escarres qui doit en être la conséquence : ainsi ayant égard à l'état de l'inflammation, on cherchera à la ramener au degré convenable. La tumeur sera donc recouverte d'un cataplasme émollient, si l'inflammation est considérable; on emploiera au contraire les topiques irritans connus sous le nom de maturatifs, d'attractifs, si elle est faible et lan-

guissante. Lorsque le centre de la tumeur est ramolli, et qu'on y distingue une sorte de fluctuation semblable à celle d'un fluide épais, pultacé, on doit l'ouvrir avec l'instrument tranchant, afin de faciliter la sortie de la masse celluleuse mortifiée, et l'écoulement du pus sanieux, dont le séjour, sur-tout dans les parties grasses, pourrait propager l'inflammation et la suppuration, et donner lieu à la formation de ce qu'on appelle fusées, clapiers. Quand la mortification s'est étendue jusqu'aux tégumens, et qu'elle est bornée, on favorise la séparation des escarres par l'usage des digestifs onctueux, relâchans, et par celui des cataplasmes émolliens. Il ne reste plus ensuite qu'un ulcère simple, qui doit être traité par les moyens ordinaires. Si la guérison de cet ulcère est empêchée par des lambeaux de tégumens dépouillés de leur tissu cellulaire, et trop amincis pour pouvoir se récoller, on doit les emporter avec l'instrument tranchant.

§. II. *Anthrax ou Charbon malin.*

L'anthrax malin peut être distingué en pestilentiel et en non pestilentiel. Ce dernier est presque toujours sporadique; néanmoins il semble régner quelquefois d'une manière épidémique dans certains pays, et sur-tout dans certains hôpitaux où sont réunis un grand nombre d'enfans. Il attaque indifféremment toutes les parties du corps, excepté la paume des mains, la plante des pieds et le cuir chevelu; mais on l'observe plus souvent au visage, au cou, au tronc. Il peut avoir lieu à tout âge; cependant il attaque plus souvent les enfans que les adultes et

les vieillards. Il peut régner dans toutes les saisons, mais il se manifeste ordinairement pendant les plus grandes chaleurs de l'été.

L'anthrax malin, non pestilentiel, s'annonce par une grande chaleur et une douleur vive dans la partie affectée : en examinant cette partie, on n'aperçoit d'abord qu'un tubercule dont la base est fort étendue ; mais en la touchant, on découvre bientôt une tumeur circonscrite, très-profonde et très-dure; cette tumeur est d'un rouge très-foncé dans le milieu, et plus clair dans la circonférence. Son sommet, couvert d'une vésicule livide qui contient une matière ichoreuse brune, se convertit promptement en une escarre noire, tantôt sèche et croûteuse comme celle qui résulte de l'application d'un fer rouge, tantôt molle et glaireuse comme celle qui est produite par l'action de la potasse caustique. Cette escarre, qui s'accroît plus ou moins rapidement, est environnée d'un engorgement pâteux, luisant, comme emphysémateux, dont la rougeur pâle caractérise une inflammation languissante, qui se propage dans les parties voisines, à mesure que l'escarre s'étend. Lorsque la nature a assez de force pour déposer entièrement sur la partie affectée la cause de la maladie, et que la gangrène se borne, l'inflammation se ranime, prend un caractère vraiment phlegmoneux, et produit une suppuration louable, qui sépare les parties mortes d'avec les parties vivantes.

La charbon malin, non pestilentiel, est toujours accompagné de symptômes graves qui annoncent un trouble général de l'économie animale, et l'action profonde de la cause morbifique sur le principe vital. Ces symptômes

sont les nausées, les vomissemens, la petitesse et la concentration du pouls, la prostration des forces, des syncopes, l'anxiété, la décomposition des traits de la face, la douleur de tête, l'insomnie, le délire, et en général tous ceux qui caractérisent la fièvre adynamique ou la fièvre ataxique, et quelquefois l'une et l'autre en même temps.

La marche de l'anthrax malin est en général très-rapide; on a vu des enfans et des adultes périr dans l'espace de quarante heures, d'autres survivre huit ou dix jours à cette maladie. On juge de son intensité par l'étendue de la tumeur, et par le nombre et la violence des symptômes généraux dont elle est accompagnée; mais on ne peut pas toujours connaître l'étendue de ses ravages par l'apparence des tégumens, parce que la mortification s'étend au loin sous la peau sans l'affecter. Quelle que soit la grandeur de la surface attaquée par cette maladie, les parties qu'elle occupe sont presque toujours détruites, ou rendues incapables de remplir les fonctions auxquelles elles sont destinées. Lorsque le mal a son siège sur des artères considérables, de gros nerfs, des organes essentiels, à la chute des escarres ces parties se trouvent à découvert, exposées au contact de l'air; quelquefois même elles sont comprises dans la gangrène, de sorte que la séparation des parties gangrénées peut être suivie d'une hémorragie considérable, ou d'autres accidens plus ou moins fâcheux, suivant la nature des parties détruites ou intéressées. Quand la maladie attaque la face, souvent les joues, les lèvres éprouvent une perte de substance irréparable.

Le charbon malin est en général une maladie très-dangereuse; dans beaucoup de cas ses progrès sont si rapides, que si l'on n'en arrête pas le cours dès le commeucement, le malade succombe en peu de temps. Le danger varie cependant à raison de la situation, de l'étendue, de l'intensité et de la marche de la maladie, de l'âge, du tempérament, des forces du malade, et des circonstances dans lesquelles la maladie s'est développée.

L'anthrax du visage, du cou, de la poitrine, du bas-ventre, des aines, des aisselles, est plus dangereux que celui des extrémités; mais quelle que soit la situation du charbon, le danger est toujours plus grand lorsque la maladie a une étendue considérable. L'anthrax rouge et bien enflammé est moins dangereux que celui qui est livide et noir; le charbon dont l'inflammation s'éteint et disparaît subitement, est ordinairement mortel ou accompagné du plus grand danger; car alors une métastase intérieure est fort à craindre. Lorsque le charbon sort et s'élève, qu'une sueur douce et permanente se répand sur tout le corps, que les nausées, l'anxiété et les autres symptômes cessent, le pronostic est favorable.

Cette maladie est en général moins dangereuse chez les adultes que chez les vieillards et les enfans: dans ces derniers, la nature a rarement assez de force pour pousser au dehors toute la matière morbifique, ensorte qu'une partie de cette matière reste dispersée dans l'économie animale, ou se fixe sur quelque organe intérieur, et fait périr le malade. Elle est plus dangereuse pour les mêmes raisons, chez les personnes faibles, cacochymes

ou excédées de travail. Le charbon qui survient dans le cours d'une fièvre adynamique ou ataxique, est avantageux lorsqu'il s'annonce à une époque assez avancée de la maladie, et qu'il est accompagné de la diminution des symptômes de cette maladie; dans ce cas, son apparition indique les efforts de la nature, et cet accident devient le moyen principal d'une crise plus ou moins complète. Il n'en est pas ainsi lorsque ces fièvres sont elles-mêmes la complication du charbon; alors les forces de la nature peuvent rarement surmonter l'énergie du principe délétère, et ses efforts sont insuffisans ou en pure perte.

Le charbon malin étant l'effet d'un principe délétère qui agit sur le système de l'économie animale, et dont la nature cherche à se débarrasser en le portant sur une partie extérieure, son traitement intérieur ou médical n'est pas moins important que son traitement extérieur ou chirurgical.

Le premier, ou le traitement interne, doit être dirigé sur les mêmes principes que celui des fièvres adynamiques et ataxiques. Très-communément les symptômes de l'embarras gastrique s'annoncent dès le début de la maladie; quelquefois ils ne se développent que durant son cours, et quelquefois aussi après avoir paru dès l'invasion, ils se reproduisent plus tard : les vomitifs sont toujours indiqués dans ces circonstances. Lorsqu'on a satisfait à cette première indication, on administre les remèdes propres à ranimer les forces languissantes, tels que le vin, le camphre, l'ammoniaque, et surtout le quinquina : dans le cas de somnolence, on applique des

vésicatoires aux jambes. Il est facile de se convaincre, par un examen attentif de la marche et des phénomènes de cette maladie, combien la saignée est peu propre à son traitement : il faut se défier des apparences inflammatoires qu'elle présente dans le principe. Cet état violent est passager, et le malade tombe toujours consécutivement dans un affaissement que la saignée ne manquerait pas d'augmenter, et peut-être même de rendre funeste.

Quant au traitement externe ou local, on doit s'attacher d'abord à fixer la cause de la maladie sur la partie où elle a été déposée, en portant sur la pustule gangréneuse, dès l'instant de son apparition, soit un fer rouge, soit un caustique, tel que le muriate d'antimoine liquide, ou la potasse pure. Cette pratique, recommandée par Celse, et suivie par presque tous les praticiens anciens et modernes, a l'avantage de fixer, autant qu'il est possible, le virus *carbonculeux* dans la tumeur, et de contribuer à borner les progès de la gangrène en détruisant une partie de ce virus, et sur-tout en ranimant dans les parties qui ne sont pas encore frappées de mort, l'action vitale débilitée.

Lorsqu'on a ainsi cautérisé le centre de la tumeur, on doit la couvrir d'un cataplasme émollient et anodin, pour diminuer la tension, la chaleur et la douleur extrême dont elle est accompagnée. Les topiques irritans, recommandés par plusieurs praticiens, dans l'intention d'attirer extérieurement toute la cause morbifique répandue dans l'économie, à l'inconvénient de leur impuissance sous le rapport de l'intention qu'on se

proposerait de remplir, joindraient celui d'aggraver les accidens : ils doivent par conséquent être rejetés. Ils ne pourraient convenir que dans le cas où l'éruption de l'anthrax s'accomplirait lentement, et où l'inflammation serait languissante : encore l'action du feu est-elle bien supérieure à celle de tout autre moyen, et bien plus appropriée à l'état de débilité des parties.

Quelquefois la maladie a déjà fait de grands progrès, et l'escarre a acquis une étendue et une épaisseur considérables. Dans ce cas, non-seulement le feu ni les caustiques ne peuvent exercer leur action sur les parties vivantes, au-delà de l'escarre, à raison de l'épaisseur de celle-ci, mais la maladie est trop étendue pour que ces moyens soient encore admissibles. On doit alors chercher des ressources dans le traitement médical, et se contenter de pratiquer des scarifications sur les parties déjà gangrénées, dans l'intention de procurer l'écoulement de l'ichor putride, s'il y en a, et sur-tout de favoriser l'action des topiques propres à ranimer l'action vitale des parties sous-jacentes, et à les préserver de la mortification dont elles sont menacées. Mais il faut bien se garder de pousser les scarifications jusqu'aux parties vivantes ; elles produiraient des hémorragies difficiles ou impossibles à réprimer, tant à cause de la dissolution putride à laquelle les humeurs sont évidemment livrées dans ce cas, qu'à cause de l'extrême débilité des vaisseaux des parties qui avoisinent la gangrène.

Quand la mortification est bornée, on doit favoriser le travail de la suppuration, et la séparation de l'escarre qui en est le résultat, par des onguens onctueux et relâ-

chans, et par l'application des cataplasmes anodins et émolliens. Lorsque ce travail est déjà commencé, si l'escarre est épaisse, on doit l'inciser pour donner issue à la sanie putride qu'elle retient ordinairement vers son centre, et dont le séjour pourrait donner lieu à des accidens; mais on ne doit jamais enlever cette escarre de vive force, en coupant ses adhérences avec les parties voisines; il faut se contenter d'en retrancher les lambeaux à mesure qu'ils se détachent, en se servant de ciseaux pour ne causer aucun tiraillement. L'ulcère qui résulte de la chute de l'escarre sera pansé avec un digestif anti-septique, jusqu'à l'entière détersion, ensuite avec de la charpie sèche.

— Le Charbon Malin *pestilentiel* est un symptôme de la peste ou fièvre pestilentielle. On observe que ce symptôme ne se montre guère que vers le milieu de la durée d'une épidémie pestilentielle, époque à laquelle la maladie est beaucoup plus grave, et la contagion plus grande. Il paraît rarement dès le principe, et encore plus rarement sur le déclin de l'épidémie. Il peut survenir plusieurs charbons à-la-fois sur le même sujet; on en a vu jusqu'à quatre, et même au-delà. Ils se développent dans toutes les régions du corps, particulièrement sur les parties charnues; mais ils ne se montrent jamais sur les parties recouvertes de poils, ni sur celles où les bubons se manifestent ordinairement.

Le charbon pestilentiel s'annonce par un sentiment de prurit douloureux, dans le lieu où il doit se montrer; on n'aperçoit d'abord sur ce point qu'un bouton de la

grosseur de la tête d'une épingle, rempli d'une sérosité jaunâtre, sans aucun signe d'inflammation. D'un moment à l'autre, ce bouton s'élève et s'étend; lorsqu'il a atteint la largeur de l'ongle ou un peu plus, la pellicule qui le recouvre se gerce, répand un peu de sérosité, et laisse voir une surface noire qui présente le caractère principal d'un véritable charbon: l'escarre s'étend de plus en plus, et acquiert quelquefois la largeur du double de la paume de la main.

Les charbons pestilentiels sont toujours symptomatiques, et plus ils sont multipliés ou étendus, plus la maladie est grave: il est rare que les pestiférés qui en ont plusieurs, ou même un seul fort étendu, ne succombent pas très-promptement.

Si le malade est doué d'une constitution assez forte pour résister à un état aussi violent, ou si la maladie n'a pas atteint toute l'intensité à laquelle elle peut parvenir, la gangrène se borne, un cercle inflammatoire bien conditionné l'entoure, la nature travaille à la séparation de l'escarre, et les symptômes généraux diminuent à proportion. Si le charbon a acquis une étendue et une profondeur extraordinaires, comme on l'a observé plusieurs fois, la nature emploie beaucoup de temps pour opérer la séparation de la gangrène, et lorsque cette séparation est complète, les vaisseaux principaux, les nerfs, les os eux-mêmes, sont mis à nu, et quelquefois se trouvent intéressés.

Le traitement du charbon pestilentiel étant le même que celui du charbon malin non pestilentiel, nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit en parlant de ce dernier.

On a conseillé l'extirpation du charbon malin par l'instrument tranchant; mais l'expérience a démontré l'inutilité et les inconvéniens de cette méthode, à laquelle tous les bons praticiens ont renoncé. Bornée aux parties déjà gangrénées, et pratiquée seulement dans la vue de diminuer l'épaisseur de l'escarre, l'extirpation est absolument inutile, attendu que la séparation des parties gangrénées, effet de l'inflammation et d'une suppuration bien conditionnée, n'en devient ni plus facile, ni plus prompte; on n'en retire même pas le faible avantage qu'on peut obtenir d'ailleurs par des moyens bien plus simples, de diminuer la masse putride; car la gangrène du charbon existe le plus souvent sous la forme d'une escarre sèche, très-peu susceptible de putréfaction. Pratiquée dans les chairs vivantes, c'est une opération très-douloureuse qui entraîne ordinairement des accidens fâcheux, et par laquelle on n'atteint pas le but qu'on se propose. L'expérience démontre en effet que la gangrène reparaît, et n'en fait pas moins de progrès, jusqu'à l'épuisement total de la matière morbifique qui l'a produite. Il est même probable que cette violente irritation est plutôt propre à en étendre les ravages au-delà des limites que la mortification n'aurait pas dépassées sans cette circonstance. Samoëlowitz, qui a pratiqué sans succès l'extirpation du charbon aussi bien que des scarifications profondes, et qui finit par les abandonner entièrement, ajoute, dans son Mémoire sur la Peste qui régna à Moscou, en 1771, aux raisons que nous venons d'alléguer contre cette opération, que le charbon s'étend quelquefois à une telle profondeur que

l'extirpation, ainsi que les scarifications, ne sauraient être pratiquées sans s'exposer à blesser des vaisseaux d'un grand diamètre. Aussi ce médecin, qui, guidé par le patriotisme le plus honorable, ne craignit pas d'exposer ses jours pour observer la maladie de plus près, et pour être utile à ses concitoyens, finit par abandonner toute espèce d'opération; se contentant d'appliquer des digestifs très-animés et des huiles âcres sur l'escarre et sur les parties environnantes, et d'employer un traitement médical bien entendu. Cette conduite eut d'heureux résultats.

Article V.

De la Pustule maligne.

La pustule maligne est une inflammation gangréneuse de la peau, qui s'étend rarement au-delà du tissu cellulaire sous-cutané, et qui reconnaît pour cause un principe délétère provenant des animaux attaqués de fièvres malignes et charbonneuses.

La pustule maligne est presque toujours unique; cependant il en survient quelquefois plusieurs chez le même individu. Elle s'étend plus ou moins en largeur et en profondeur, et ses progrès sont plus ou moins rapides, suivant la quantité et l'activité du virus septique qui la produit.

Cette maladie est très-commune dans certaines contrées de la France, telles que les ci-devant provinces de Lorraine, de Franche-Comté, et surtout de Bourgogne.

Elle n'est pourtant pas exclusivement propre à ces pays : elle a été observée dans toute l'étendue de la France, et elle n'est même pas étrangère aux contrées septentrionales, quoiqu'elle y soit fort rare. En général elle est très-fréquente dans les lieux bas et marécageux, où l'on élève beaucoup de bétail : elle règne épidémiquement à la suite des grandes chaleurs de l'été, et lorsque l'inondation des prairies a rendu les fourrages de mauvaise qualité, rouillés, vasés, et chargés d'insectes en putréfaction, d'où résultent, pour les animaux qui en sont nourris, des fièvres accompagnées d'inflammations gangreneuses, qui les font périr très-promptement. Non-seulement le plus léger contact des parties gangrénées, et même des humeurs des animaux morts de cette manière, donne lieu à la pustule maligne; mais leurs peaux et leurs poils se chargent de ce principe contagieux, et le retiennent assez fortement pour que, ni les procédés de la fabrication, quand on prépare les premières pour les usages domestiques, et quand les derniers ont été employés à des étoffes, ni la circonstance d'avoir été conservés long-temps, et même pendant plusieurs années, quand ils ont été employés pour des meubles, n'y détruisent ce principe délétère, et ne leur ôtent la funeste propriété de transmettre encore la contagion. Ainsi, le simple contact de quelqu'une de ces substances, suffit pour donner lieu à la pustule maligne dans toutes les saisons de l'année indistinctement.

D'après ce que nous venons dire, il n'est pas étonnant que cette maladie n'attaque guère que les bergers, les pâtres, les mégissiers, les bouchers, les maréchaux, les

laboureurs, et en général tous ceux qui soignent les bestiaux, ceux qui manient les peaux, les laines; et chez ces individus elle se manifeste exclusivement sur les parties du corps habituellement découvertes, telles que le visage, le cou, les mains, les épaules, la gorge chez les femmes, les bras, les pieds et les jambes chez les ouvriers que leurs travaux obligent d'avoir ces parties habituellement nues. Si l'on peût citer des exemples où la maladie s'est manifestée dans d'autres régions du corps, c'est parce que le contáct a eu lieu avec des circonstances particulières; ainsi on a vu la pustule maligne survenir au dos, chez un pâtre qui, ayant égorgé un mouton au moment où il expirait d'une maladie gangréneuse, et l'ayant chargé sur ses épaules, reçut du sang sur sa chemise; un garçon boucher fut infecté à la langue, pour avoir mis quelques instans son couteau entre les dents pendant qu'il dépouillait un bœuf malade.

En considérant, 1.° que la pustule maligne n'est jamais plus commune que durant les épizooties charbonneuses; 2.° que la petite tache semblable à une piqûre de puce, le premier de tous les phénomènes par lesquels elle s'annonce, commence toujours par la superficie des tégumens, d'où la pustule s'étend peu-à-peu et successivement dans toute l'épaisseur de la peau et dans le tissu cellulaire, agissant de dehors en dedans, à la manière d'un caustique; 3.° qu'on ne la voit jamais qu'au visage, au cou, aux mains, en un mot aux parties habituellement découvertes et exposées à l'impression des agens extérieurs; en considérant, dis-je, toutes ces circonstances, les praticiens les plus distingués et les plus ha-

biles ont pensé que cette maladie est toujours due à une cause externe et locale, qu'elle est le résultat d'une véritable inoculation, et constamment communiquée à l'homme par le contact d'un corps quelconque imprégné du virus charbonneux, et surtout par celui des dépouilles, du sang ou même des excrémens des animaux affectés, ou morts du charbon, de la maladie qu'on appelle *feu*, ou d'une fièvre gangréneuse quelconque. On a vu des personnes la contracter au doigt, pour avoir préparé un lièvre; d'autres à la main, pour l'avoir introduite dans le fondement d'une vache ou d'un bœuf attaqué du *feu*, ou pour l'avoir portée dans le gosier d'un de ces animaux malades; d'autres, aux bras ou sur d'autres parties du corps, pour y avoir reçu du sang d'un animal affecté du charbon. On a pensé aussi, et avec raison, que des insectes pouvaient transmettre des animaux malades à l'homme le virus de la pustule maligne: ce dernier mode d'inoculation, quoique moins évident, est tout aussi facile à concevoir.

On peut aussi contracter cette maladie en touchant imprudemment et sans attention les parties qui en sont affectées. M. Thomassin, dans sa *Dissertation sur la Pustule maligne*, rapporte qu'une femme pansant son mari, et s'étant essuyé la joue avec les doigts imprégnés de la sérosité âcre qui suintait des vésicules, s'aperçut, deux heures après, d'une tumeur à la joue, qui fit des progrès alarmans.

Cependant on trouve dans une Dissertation présentée et soutenue, en 1802, à l'École de Médecine de Paris, par M. Bayle, une suite d'observations qui tendent à

prouver que cette maladie peut se développer spontanément et sans contagion. Il assure que presque tous les malades dont il raconte l'histoire, étaient bien certains de n'avoir touché aux dépouilles d'aucun animal mort du charbon, et que pendant tout l'été cette maladie n'avait pas été observée sur les animaux dans le village où il avait recueilli ses observations; il a remarqué encore que pendant presque toute la durée de la maladie, la plupart des sujets avaient conservé de l'appétit, et que l'infection n'atteignit pas même des personnes saines avec lesquelles ils couchaient habituellement.

Mais si l'on considère, 1.° que, dans les pays où ces observations ont été recueillies, le charbon règne fréquemment sur les animaux, et que cette maladie en fit périr un grand nombre dans les villages voisins, précisément durant l'épidémie pustuleuse que l'auteur a observée; 2.° qu'il paraît par son aveu même, que tous les malades n'étaient pas bien certains de n'avoir pas touché aux dépouilles de ces animaux; et que la plupart ne l'étaient point d'avoir évité le contact de quelque corps chargé du principe délétère, et de n'avoir pas ainsi été exposés à la contagion d'une manière indirecte; 3.° que chez tous, sans exception, la maladie s'est manifestée sur quelque partie du corps, habituellement à découvert, et chez presque tous à la face; 4.° enfin, que, si les personnes saines qui ont couché avec les malades ont échappé à la contagion, c'est sans doute parce qu'elles se seront bien gardées de toucher les parties affectées, ni rien de ce qui pouvait avoir été en contact immédiat avec ces parties: si l'on considère,

dis-je, toutes ces circonstances, on se persuadera aisément que l'existence d'une variété de pustule maligne dépendante d'une cause interne, épidémique et non contagieuse, n'est point encore démontrée, et qu'elle paraît même peu probable.

Le virus charbonneux porté à l'intérieur du corps, soit par les voies alimentaires, soit par la respiration, peut-il exercer sur l'économie animale une influence nuisible et comparable à celle qui résulte de son application à la surface du corps ? Il est difficile de répondre à cette question, autrement que par des faits. Morand, dans ses *Opuscules de Chirurgie*, parle de deux bouchers de l'Hôtel royal des Invalides, qui furent attaqués de la pustule maligne, pour avoir tué et habillé deux bœufs fatigués par un long voyage, mais qui d'ailleurs avaient paru parfaitement sains : la viande fut trouvée de bon goût, et aucun de ceux qui en mangèrent n'en fut incommodé. M. Thomassin rapporte un fait à peu près semblable, qui se passa dans un village de la Franche-Comté, à l'occasion de la fête du lieu : le boucher et son frère qui avaient préparé la viande pour la fête, furent attaqués soudainement de la pustule maligne, et malgré l'inquiétude générale que cet accident causa, personne n'éprouva la plus légère incommodité. Duhamel rapporte, dans les Mémoires de l'Académie Royale des Sciences, un exemple semblable. Mais d'un autre côté, on trouve, dans l'excellent *Précis sur la Pustule maligne*, par Eneaux et Chaussier, des faits entièrement opposés, où l'on voit que le virus charbonneux porté dans l'estomac avec toute son activité, a causé l'inflam-

mation gangréneuse de ce viscère et une mort prompte ; que moins actif, ou porté dans les poumons par l'acte de la respiration, il a donné naissance à une fièvre maligne, qui s'est terminée par des évacuations très-fétides et des taches gangréneuses à la peau ; et que quelquefois la nature, après des efforts réitérés, a rassemblé en quelque sorte le virus dispersé dans l'économie animale, pour le déposer sur quelque partie extérieure, où il a produit des charbons ou des dépôts gangréneux.

Ces faits, opposés entr'eux, prouvent que quoique, dans certains cas, la nature ait des forces suffisantes pour élaborer et neutraliser le venin septique du charbon, porté dans l'estomac avec les alimens, ou introduit avec l'air dans le poumon, il faut néanmoins être très-circonspect, afin de se prémunir contre ces voies de contagion, et rejeter absolument toute viande suspecte. Ainsi on ne peut trop louer la sollicitude que cet objet, qui intéresse sous tant de rapports la vie des citoyens, a toujours inspiré à un gouvernement sage.

Pour décrire avec plus d'exactitude les symptômes et la marche de la pustule maligne, nous distinguerons, avec Eneaux et Chaussier, la durée totale de cette maladie en quatre temps ou périodes.

I.re *Période.* Le virus septique étant appliqué à la surface des tégumens, s'insinue entre les lames de l'épiderme, et pénètre par les orifices des vaisseaux absorbans jusques dans le tissu réticulaire ; mais son action est d'abord si faible, qu'il est rare qu'on y fasse attention. En effet, il n'y a encore ni tension, ni rougeur ni chaleur à la partie qui est le siège de l'inoculation,

le malade éprouve seulement une démangeaison légère mais incommode, un picotement vif mais passager : bientôt l'épiderme se détache, et forme une vésicule séreuse qui d'abord n'excède pas la grosseur d'un grain de millet, mais qui augmente peu-à-peu et devient brunâtre ; la démangeaison se reproduit de temps en temps ; la vésicule qui couvre le foyer du mal s'ouvre spontanément, ou le malade la déchire en se grattant ; il s'échappe quelques gouttes de sérosité roussâtre, et la démangeaison cesse pendant quelques heures.

II.me *Période*. Le virus pénètre l'épaisseur de la peau, l'irrite de plus en plus, et y produit un petit noyau d'engorgement, ou une sorte de petit tubercule dur, mobile, circonscrit, aplati, de la forme et du volume d'une lentille, peu ou point saillant. La couleur de la peau n'est point encore altérée ; seulement dans le centre, et sous la vésicule, elle est un peu jaunâtre, ou un peu livide et grenue, comme on l'observe dans certaines pustules vénériennes ou psoriques : à des démangeaisons plus vives et plus fréquentes se joint un sentiment de chaleur, de cuisson et d'érosion ; l'engorgement se propage, le corps muqueux se boursoufle, et forme dans les environs un cercle plus ou moins étendu et saillant, tantôt pâle, tantôt rougeâtre et livide, tantôt orangé; ou bien la peau paraît tendue et luisante, et toujours couverte de petites phlyctènes remplies d'une sérosité âcre, d'abord isolées et qui se réunissent ensuite. La maladie prend dès-lors un caractère fâcheux qui ne peut plus être méconnu. C'est ordinairement le moment où l'attention des malades s'éveille, et c'est alors qu'ils

réclament les secours de l'art. Cependant le bouton, ou tubercule central, devient brun ou noirâtre, il est insensible; c'est déjà une petite escarre.

III.me *Période*. Ce point gangréneux s'étend bientôt d'une manière alarmante, formant une aire noire plus ou moins grande; l'aréole vésiculaire qui l'entoure s'élargit; et forme autour de l'escarre un bourrelet qui fait paraître cette dernière enfoncée, et qui prend un caractère particulier : cet engorgement a principalement son siége dans le tissu cellulaire, et n'est ni inflammatoire, ni œdémateux; il tient plutôt de l'emphysème, quoiqu'il ne soit pas accompagné de crépitation. La tumeur est élastique, rénitente, et la peau qui la couvre est rouge, luisante et érysipélateuse. La chaleur âcre et la douleur cuisante que le malade éprouvait, se transforment en un engourdissement, une stupeur et un sentiment de pesanteur, et la mortification s'étend sourdement dans le tissu cellulaire, au-dessous de la peau.

IV.me *Période*. La quatrième période de la pustule maligne est différente, suivant que l'issue de la maladie doit être funeste, ou heureuse. Dans le premier cas, la maladie n'est pas bornée à la partie où elle a son siège primitif, quoiqu'elle continue d'y faire des progrès, que l'engorgement devienne énorme, et que la mortification pénètre profondément. Bientôt on voit se développer les symptômes d'une maladie interne tres-grave, avec les apparences d'une fièvre ataxique ou adynamique, du plus mauvais caractère; le pouls est petit, concentré, le ventre tantôt lâche, tantôt resserré; le malade éprouve des anxiétés, des défaillances; la langue est sèche, aride,

brunâtre, la soif inextinguible; il survient un délire obscur, et le malade ne tarde pas à succomber. Son cadavre exhale promptement une odeur très-fétide, et l'engorgement du membre primitivement affecté augmente encore par l'élasticité des gaz contenus dans le tissu cellulaire.

Dans le second cas, un cercle inflammatoire d'un rouge vif se dessine autour de l'escarre ; l'engorgement pâteux qui s'étendait au loin, diminue à proportion ; le malade éprouve dans la partie une chaleur douce accompagnée de battemens ; le pouls se soutient ou se relève, les forces se raniment ; il paraît quelquefois un léger mouvement fébrile, qui se termine bientôt par une douce transpiration ; la suppuration s'établit entre le cercle inflammatoire et l'escarre ; cette dernière se sépare, et sa chute laisse voir toute l'étendue du désordre.

La pustule maligne ne parcourt pas toujours ses quatre périodes, et leur durée n'est pas toujours la même. En général, la première période, caractérisée par la démangeaison, et la formation de la vésicule, dure vingt-quatre ou trente-six heures, quelquefois beaucoup moins. La seconde, marquée par la formation de l'aréole vésiculaire, et le retour des démangeaisons accompagnées de cuisson, ne dure ordinairement que quelques heures, et quelquefois se prolonge durant plusieurs jours. La troisième période, qu'indique la formation de la tumeur, ou bourrelet élastique, est presqu'aussitôt suivie des symptômes généraux les plus graves, quand la maladie doit avoir une issue funeste, et se prolonge,

au contraire, durant plusieurs jours, et quelquefois au-delà de cinq, lorsque la gangrène doit se borner, et la maladie se terminer par la séparation de l'escarre. Enfin, la quatrième période, marquée par les grands progrès de l'affection locale, et par plusieurs symptômes des fièvres ataxique ou adynamique, varie beaucoup quant à sa durée, qui ordinairement est fort courte. Quelquefois la marche de la pustule maligne est si rapide, que les quatre périodes se confondent, et ne peuvent être distinguées : on a vu la mort survenir en dix-huit ou vingt-quatre heures. Dans quelques circonstances heureuses, les progrès de la gangrène se bornent dès le second degré de la maladie, ou au commencement du troisième, et l'on voit paraître alors le cercle inflammatoire et tous les autres signes d'une heureuse terminaison. C'est dans ces cas favorables où la nature se suffit à elle-même, que l'on a vu réussir tant de remèdes divers, et dont la plupart n'avaient d'autre mérite que celui de n'être pas directement nuisibles.

Il est facile de juger maintenant combien est grande l'erreur de ceux qui, trompés par quelques traits de conformité extérieure entre la pustule maligne et le charbon, ont confondu ces deux maladies, et ont regardé la première comme une variété de la dernière. On sait, en effet, que la pustule maligne diffère essentiellement du charbon par sa cause, qui est toujours extérieure, et se fixe constamment sur un point de la surface du corps, tandis que celle du charbon est toujours intérieure ; par le mode d'action de cette cause, qui est le même que celui de tous les virus inoculés, lesquels

agissent immédiatement sur la partie où ils ont été déposés, tandis que la cause du charbon n'atteint la partie dont elle doit causer la mortification qu'après avoir subi l'action du système digestif; enfin, par la marche de la maladie, dans laquelle on voit l'affection locale précéder constamment l'affection générale, et celle-ci ne survenir qu'au dernier degré de la pustule maligne, qui peut même se terminer favorablement sans aucun mouvement général dans l'économie; pendant que dans le charbon, la plupart du temps l'affection générale est essentielle, et quand elle existe, elle précède toujours l'affection locale, qui n'en est que le résultat.

Le pronostic de la pustule maligne varie singulièrement, à raison de toutes les circonstances dont nous venons de parler, de la constitution et des dispositions particulières du sujet, etc. Du reste, cette maladie est beaucoup plus fâcheuse lorsqu'elle a son siége à la tête, ou au cou, que quand elle affecte les extrémités : celle qui attaque les paupières est beaucoup plus grave que celle qui survient aux autres parties de la face ; car dans le premier cas, non-seulement il en résulte presque toujours le gonflement de l'œil, des douleurs très-vives, et consécutivement l'éraillement des paupières et un larmoiement incurable; mais l'œil lui-même peut être détruit, ou bien la maladie se propageant jusqu'au cerveau, peut causer le délire et la mort. Celle qui attaque le cou n'est pas moins dangereuse, à cause de la compression qu'éprouvent l'œsophage et la trachée-artère, et de la suffocation qui peut en être la suite. On conçoit facilement que plus la pustule maligne est étendue ou

multipliée, plus la maladie est dangereuse. On a remarqué qu'une température très-chaude, ou une température très-froide, contribue également à aggraver la maladie; que chez les femmes enceintes elles est toujours très-dangereuse : que souvent elle provoque l'avortement, et qu'elle devient alors fatale par l'affaissement qui résulte de la perte de sang et de la fatigue du travail de l'accouchement.

La pustule maligne dépendant toujours d'une cause externe et locale, dont la première impression produit inévitablement la gangrène, et si rien ne s'y oppose, l'infection pouvant devenir générale, il faut garantir les parties voisines de ses progrès, et circonscrire dans le plus petit espace possible, l'action du venin. C'est ce qu'on obtient sûrement par l'usage combiné et bien entendu des scarifications et des caustiques.

Les premières procurent la sortie des sucs extravasés et croupissans dans le tissu cellulaire, et permettent l'action plus immédiate et plus directe des remèdes sur les chairs languissantes et menacées de gangrène; mais pour en tirer tout l'avantage qu'on se propose, elles ne doivent être ni trop légères, ni trop profondes. Les scarifications trop légères sont inutiles, parce que, ne divisant ni l'escarre ni la tumeur compacte qui forme le foyer du mal, les remèdes sont appliqués sur des parties déjà mortes, et n'ont par conséquent aucune action. Les scarifications trop profondes sont dangereuses, parce qu'en attaquant des chairs vives, et dont la sensibilité est encore augmentée par la tension, elles débilitent l'action vitale, et les disposent davantage à la

mortification. Il semble aussi que les scarifications profondes favorisent l'extension et la propagation du mal, en ouvrant une route nouvelle et plus facile à l'humeur vénéneuse concentrée dans la tumeur. Enfin ces scarifications profondes et étendues bien au-delà de la tumeur, causent toujours une hémorragie assez abondante, quoique l'on n'ouvre que de petits vaisseaux ; le sang coule comme s'il était exprimé d'une éponge ; pour l'arrêter, on est obligé d'employer des tampons de charpie et la compression, et de différer l'application des moyens efficaces contre la pustule maligne ; ainsi le mal s'aggrave, et par la compression, et par le délai des remèdes convenables. On conçoit donc, d'après ce que nous venons de dire, que pour être efficaces, les scarifications doivent comprendre toute la partie mortifiée et compacte, mais qu'elles ne doivent pas pénétrer au-delà des chairs mourantes.

Les caustiques sont le moyen curatif et vraiment efficace de la pustule maligne : ils ont l'avantage de fixer et de concentrer dans l'escarre le virus septique, d'enchaîner, pour ainsi dire, son activité, et de le mettre hors d'état d'agir. Les caustiques ont un autre effet très-avantageux, c'est de réveiller l'action vitale des parties voisines, d'exciter leur sensibilité, et de déterminer ainsi une véritable inflammation qui fixe les limites de la gangrène. La maladie perd alors de sa malignité, ou, pour parler d'une manière plus exacte, la nature est rentrée dans ses droits; elle a recouvré assez de force pour résister à l'impression destructive du virus : il ne reste plus alors qu'à soutenir l'action vitale de la partie,

et à favoriser la suppuration qui doit détacher l'escarre.

Les caustiques auxquels on donne la préférence, sont le muriate d'antimoine liquide et la potasse caustique. Voici la manière de les employer.

Lorsqu'on est appelé dans le commencement de la maladie, après s'être assuré de sa nature, on doit, sans perdre du temps, ouvrir la vésicule pour évacuer la sérosité qu'elle contient, essuyer la surface qu'on a mise à découvert, et appliquer dans son centre un petit tampon de charpie roulé entre les doigts, de la grosseur d'un pois, et imbibé de muriate d'antimoine liquide, ou un morceau de potasse caustique. On maintient ce caustique en l'entourant de charpie sèche, et en le couvrant d'un emplâtre agglutinatif et d'un bandage convenable. Au bout de cinq ou six heures, on lève l'appareil, et on trouve une escarre dure, sèche, qui comprend toute l'épaisseur de la peau. On panse avec un plumasseau couvert d'un digestif légèrement animé. Le lendemain, il faut renouveler le pansement, et observer attentivement l'état de la partie. S'il n'y a point de dureté, point d'aréole vésiculaire; si le malade n'éprouve qu'une douleur légère, sans tiraillement, sans chaleur âcre, on a la certitude que le caustique a compris toute l'étendue du mal, et qu'il suffit pour arrêter ses progrès; dès-lors on se bornera à des pansemens simples avec le digestif, dont on continuera l'usage jusqu'à la chute de l'escarre; ensuite on pansera avec de la charpie sèche, ou imbibée d'une liqueur vulnéraire, suivant l'état des chairs.

Si après l'application du caustique, on voyait se former autour de l'escarre une tumeur dure et compacte,

s'il s'élevait une aréole vésiculaire, s'il survenait un gonflement considérable, il faudrait revenir à une seconde application, avec la précaution de fendre auparavant l'escarre par une incision cruciale, et d'enlever les quatre lambeaux, afin de rapprocher le caustique des parties susceptibles d'éprouver son action, qui, sans cela, serait nulle.

Tel est le traitement qui convient aux deux premières périodes de la maladie et au commencement de la troisième. Ce traitement est aussi celui qui doit être employé vers la fin de cette dernière période; mais comme alors la tumeur est plus large et plus profonde, et que l'escarre qui en forme le centre est dure, compacte et imperméable comme du cuir, tous les remèdes qu'on appliquerait sur cette partie resteraient sans action, seraient sans énergie; il faut donc diviser, séparer cette escarre, et l'enlever même, afin que les topiques puissent porter leur impression sur le fond du mal, sur des parties encore sensibles, y réveiller le mouvement vital qui les fait résister à l'action du virus septique qui tend à se propager. Mais, on ne saurait trop le répéter, pour être efficaces, ces opérations doivent comprendre toute la partie de la tumeur qui est dure comme un cuir, et s'étendre peu au-delà: par ce procédé, elles ne sont ni douloureuses, ni sanglantes. Après ces opérations, on absorbe avec un linge fin, ou un tampon de charpie, les sucs ichoreux et sanguinolens dont le tissu de la partie est rempli, puis on y porte le caustique.

Dans la quatrième période de la pustule maligne, les caustiques sont bien moins efficaces que dans les pé-

riodes précédentes; néanmoins il faut encore y avoir recours à ce degré avancé de la maladie, après avoir pratiqué les scarifications convenables; mais ces scarifications doivent être faites avec beaucoup de ménagement; car si elles étaient trop profondes, on aurait une hémorragie abondante, ou un suintement sanguinolent qni empêcherait l'action des remèdes topiques, et qui épuiserait peu-à-peu le malade.

Trompés par l'apparence inflammatoire de l'engorgement et de la tension dont la pustule maligne est toujours accompagnée aux troisième et quatrième périodes, quelques praticiens employent les topiques émolliens; mais ces remèdes, en relâchant tout-à-coup des fibres qui étaient auparavant fortement tendues, augmentent l'engorgement et hâtent les progrès de la gangrène; c'est pourquoi les praticiens sages et éclairés ne les employent jamais: ils font usage des topiques propres à ranimer l'action vitale languissante de la partie affectée, à favoriser le développement d'une inflammation bien conditionnée, et l'établissement de la suppuration qui doit séparer les parties mortes des parties vives. Ainsi, on panse l'escarre et ses environs avec un digestif animé, étendu sur un plumasseau, et l'on enveloppe la partie avec des compresses trempées dans une liqueur tonique et résolutive, animée avec l'alcool camphré, ou bien on la couvre avec une espèce de cataplasme fait avec la poudre de quinquina et un peu d'alcool camphré. On continue ces moyens jusqu'à ce que le gonflement soit dissipé et l'escarre détachée; alors on se borne à des pansemens simples, comme dans les cas précédens.

Tant que la pustule maligne est peu étendue, et qu'elle n'a point exercé son influence sur la constitution, elle peut être guérie par le seul traitement local; mais dans le cas contraire, on doit joindre à ce dernier l'usage des moyens généraux appropriés à l'état particulier du malade et aux symptômes de la maladie. En général, les indications sont les mêmes que dans les fièvres ataxiques et adynamiques : les forces sont opprimées, la sensibilité, l'irritabilité et toutes les fonctions qui en dépendent, sont languissantes, la putridité est imminente; ainsi il faut recourir à des moyens énergiques, capables de ranimer les forces vitales, de réveiller la sensibilité, et de prévenir la putrescence des humeurs. Le quinquina en substance, seul ou uni au camphre, ou en décoction, mêlé aux acides minéraux, est un excellent tonique, et par-là même l'anti-septique le plus puissant et le plus propre à remplir l'objet qu'on se propose.

S'il existait des symptômes d'embarras gastrique, complication assez fréquente dans le cours de cette maladie, il faudrait administrer un émétique avant de passer à l'usage du quinquina; mais il est important de remarquer qu'en pareil cas, lorsque le cours de ventre a lieu, le vomitif est contre-indiqué; il ne manquerait pas d'aggraver ce symptôme, rare à la vérité, mais constamment dangereux, par la prostration dans laquelle il jette le sujet. Il serait inutile de nous élever contre l'abus des applications relâchantes, de la saignée, des purgatifs dans le traitement d'une maladie, où, d'après ce que nous venons de dire, ils sont si évidemment contre-indiqués.

Quant au régime, il doit être sévère tant que la mala-

die est dans toute sa violence; on doit interdire au malade l'usage des bouillons de viande, et ne lui permettre que du gruau d'orge ou de riz, des boissons acidules, du vin généreux coupé avec une égale quantité d'eau, une limonade vineuse, de préférence avec le bon vin de Bordeaux.

Nous pourrions citer un grand nombre d'exemples propres à confirmer tout ce que nous venons de dire touchant le traitement de la pustule maligne; mais nous nous bornerons aux suivans.

En 1791, quatre bouchers et la femme de l'un d'eux, achetèrent à Mont-Rouge, près Paris, un bœuf mort du charbon, l'habillèrent et le divisèrent par morceaux qu'ils introduisirent furtivement dans la capitale. Cette viande fut vendue à l'Apport-Paris, et les personnes qui en mangèrent n'en furent point incommodées; mais au bout de deux ou trois jours, deux des trois bouchers furent attaqués de la pustule maligne. Cette maladie se manifesta entre le menton et l'angle de la mâchoire, par un petit bouton surmonté d'une phlyctène. Un Médecin et un Chirurgien qui furent appelés, prirent la maladie pour un érysipèle, et saignèrent du bras et du pied les deux malades, qui périrent en trois jours.

La femme fut attaquée presqu'en même temps de la même maladie. Chez elle la pustule se manifesta à la partie antérieure et supérieure du cou, sous la base de la mâchoire inférieure, et fit des progrès rapides. Il survint un engorgement considérable, qui parvint bientôt au point de rendre la respiration et la déglutition très-difficiles. M. Larrey ayant été appelé, reconnut de

suite la nature de la maladie; mais le cas lui ayant paru très-grave, il désira avoir un consultant et me fit demander. La malade respirait à peine, le pouls était très-faible, et la prostration extrême; une escarre d'une étendue considérable avait remplacé la vésicule. Nous fûmes d'avis de scarifier la partie gangrenée, de toucher le fond des scarifications avec le muriate d'antimoine liquide, et d'administrer à l'intérieur des fortifians et des cordiaux. Ce conseil ayant été suivi, dès le lendemain la malade éprouva du soulagement; la respiration devint plus facile; l'usage du quinquina à forte dose, releva le pouls; la mortification qui s'était étendue à toute la partie antérieure du cou, se borna; les escarres se détachèrent, et la guérison ne tarda pas à être complète. Mais comme la perte de substance avait été fort étendue, la cicatrice forma une bride qui s'étendait depuis la mâchoire jusqu'à la clavicule, et qui tenait la tête inclinée en avant et de côté.

Chez le mari de cette femme, le troisième des bouchers dont il a été parlé, la pustule maligne se déclara à la partie moyenne de la joue droite : on appliqua aussitôt la pierre à cautère qui arrêta les progrès du mal dans son principe. On administra en même temps le vin de Bordeaux et le quinquina; et ce dernier malade, chez lequel, peut-être, la cause avait été moins abondante, fut promptement rendu à la santé.

Article VI.

Des Anévrismes.

On donne le nom d'anévrisme à une tumeur formée par le sang artériel contenu dans une artère dilatée, ou sorti d'une artère ouverte.

Quand le sang qui forme la tumeur est encore renfermé dans la cavité de l'artère, dont les parois ont subi une dilatation quelconque, la maladie reçoit le nom d'anévrisme vrai. Lorsque le sang est sorti d'une artère ouverte, elle prend le nom d'anévrisme faux; on distingue ce dernier en primitif, en consécutif et en variqueux. Dans l'anévrisme faux primitif, le sang sorti d'une artère ouverte, immédiatement ou très-peu de temps après sa blessure, est infiltré dans le tissu cellulaire, quelquefois aux environs du vaisseau seulement, mais le plus souvent dans presque toute l'étendue du membre. Dans l'anévrisme faux consécutif, le sang sorti de l'artère plus ou moins long-temps après la blessure, est épanché et contenu dans une espèce de sac ou de kyste formé par l'adossement des lames du tissu cellulaire. Enfin, dans l'anévrisme variqueux, le sang qui forme la tumeur a passé de l'artère dans une veine voisine, par une ouverture commune et parallèle, et a augmenté le diamètre de ce dernier vaisseau en distendant ses parois.

Outre l'anévrisme vrai et l'anévrisme faux, on en a admis une troisième espèce à laquelle on a donné le nom

d'*anévrisme mixte.* Cette dernière dépendrait de la division ou de la rupture de quelques-unes des tuniques d'une artère et de la distension des autres. On a distingué deux variétés de ce prétendu anévrisme mixte; dans l'une, la tunique interne et celle qu'on a nommée musculeuse sont rompues ou divisées, pendant que la gaîne celluleuse est distendue; dans l'autre, au contraire, c'est la tunique interne qui est dilatée et qui s'échappe en forme de sac herniaire à travers la musculeuse et la celluleuse divisées ou rompues.

Mais il parait, comme nous le démontrerons bientôt, que l'anévrisme vrai, ancien et volumineux, est ce qu'on a décrit comme la première variété de l'anévrisme mixte. Nous verrons, en effet, que dans l'anévrisme vrai, il y a une époque où la tunique interne et la musculeuse sont rompues, et qu'alors la tunique celluleuse formant seule les parois du sac anévrismal, se laisse distendre par l'effort latéral du sang. Ainsi, cette première variété de ce qu'on a appelé anévrisme mixte, n'est autre chose que l'anévrisme vrai parvenu à un certain point de développement.

Quant à la seconde variété, on a supposé, pour donner une idée de sa formation, que les tuniques celluleuse et musculeuse pouvaient être lésées isolément par un instrument piquant comme la pointe d'une lancette, ou altérées d'une manière quelconque dans leur continuité, et que la tunique interne restée intacte, trop faible pour supporter seule l'effort latéral du sang, se laissait distendre, et était poussée à travers les deux autres, comme le péritoine est poussé au dehors du

ventre par les viscères qui se déplacent, dans la formation de la hernie; delà les expressions *aneurisma herniam arteriæ sistens*, employées par quelques-uns pour désigner ce prétendu anévrisme mixte.

Les expériences de Haller ont été regardées comme une preuve démonstrative de la dilatation des tuniques musculeuse et interne des artères, lorsque leur tunique celluleuse est détruite ou divisée, et de celle de la tunique interne, lorsque cette dernière a échappé seule à la division ou à la destruction. Ce célèbre physiologiste dit avoir souvent observé sur des grenouilles vivantes, que lorsqu'il enlevait la tunique membraneuse des artères du mésentère, et qu'il détruisait le tissu cellulaire qui les entoure, elles se dilataient en forme d'anévrisme, ce qui arrivait également après une incision, et sur-tout après une piqûre qui n'intéressait qu'une partie de l'épaisseur des parois du vaisseau. Mais quelqu'habileté qu'Haller ait pu acquérir par un long exercice des expériences sur les animaux vivans, on se persuadera difficilement qu'il ait pu être assuré de n'avoir divisé que la tunique extérieure de vaisseaux aussi déliés que ceux sur lesquels il opérait; il est plus que vraisemblable que dans ces expériences, trop délicates pour être bien exactes, il aura divisé la paroi entière du vaisseau, et que la tumeur dont il observait ensuite la formation, n'était qu'un anévrisme faux, auquel donnait lieu le passage successif du sang dans le tissu cellulaire environnant, où il ne pouvait pénétrer que très-lentement, à cause de l'étroitesse de l'ouverture.

L'existence d'une maladie organique n'est véritable-

ment prouvée, qu'autant qu'à l'histoire exacte des phénomènes qui la caractérisent, on peut joindre, par la dissection, la démonstration de l'état contre-nature de l'organe. Or, on a cru pouvoir citer des preuves de ce genre en faveur de l'anévrisme mixte; mais si l'on examine attentivement les pièces pathologiques sur lesquelles on se fonde, on verra qu'elles ne sont rien moins que démonstratives. L'erreur vient de ce que la tunique celluleuse d'une artère, distendue en forme de sac, dans un anévrisme vrai dont les tuniques interne et musculeuse sont déjà rompues, présente quelquefois une surface lisse, en tout semblable à celle de la tunique interne. Si la rupture des tuniques propres a d'abord été ample, et que l'anévrisme n'ait pas subsisté assez longtemps pour que l'effort du sang ait pu séparer la gaîne celluleuse d'avec la tunique musculeuse, les bords de la rupture des tuniques propres s'étant arrondis en se cicatrisant sur la face interne du sac celluleux, la continuité de la surface lisse de l'intérieur de l'artère avec celle du sac, peut en imposer pour une distension de la tunique interne; mais on peut facilement distinguer le bourrelet, tantôt circulaire, tantôt irrégulier, qui marque le lieu de la rupture des tuniques propres, et s'assurer par la dissection que la tunique interne ne dépasse pas ce point, et qu'au-delà tout est celluleux.

Non seulement il n'y a point de preuves positives de l'existence de cette espèce d'anévrisme mixte; mais encore il en est de négatives qui paraissent incontestables.

1.° Si après la rupture des tuniques propres d'une artère, la tunique celluleuse se laisse distendre en for-

me de sac ; par le sang qui s'extravase, c'est parce qu'elle est tout à la fois très-extensible et peu adhérente à la tunique musculeuse; c'est aussi par une suite de ces deux propriétés, que lorsqu'on serre fortement une grosse artère avec un lien circulaire, cette même tunique celluleuse résiste, tandis que la musculeuse et l'interne sont constamment rompues : or, la tunique interne devrait d'autant plus résister à l'action de la ligature, que cette dernière n'agit pas immédiatement sur elle, si, comme la tunique celluleuse, elle était plus adhérente à la musculeuse, et susceptible d'extension ; conditions indispensables pour que cette tunique interne pût former à elle seule les parois d'un sac anévrismal.

2.° Si l'on pousse avec force de l'air, ou un liquide dans une artère liée, la tunique interne et la musculeuse seront rompues ensemble, et la matière injectée passera dans la gaîne celluleuse, qui en sera distendue.

3.° Si l'on fait la même expérience sur une artère dépouillée de ses tuniques celluleuse et musculeuse dans un ou plusieurs points de sa circonférence, quelque ménagé que soit l'effort par lequel on pousse l'injection, toujours la tunique interne qui résiste seule sera rompue et non distendue.

4.° Quoiqu'une artère soit mise à nu, dépouillée même de son tissu cellulaire extérieur par l'effet de quelqu'accident, et qu'elle reste un certain temps en cet état au fond d'un ulcère, jamais il ne survient d'anévrisme. Nous avons vu l'artère brachiale complètement dénudée de son tissu cellulaire, à la suite d'un anthrax ; ses battemens purent être observés pendant dix jours,

après quoi les bourgeons charnus la dérobèrent à la vue : le malade guéri n'a jamais eu d'anévrisme. En pareil cas, au contraire, les parois du vaisseau acquièrent plus d'épaisseur par l'effet de l'inflammation, et le diamètre de sa cavité diminue.

5.° Si l'on dépouille à dessein, de son tissu cellulaire extérieur, l'artère fémorale ou la carotide, sur un animal vivant, et qu'après la guérison on examine le vaisseau soumis à l'expérience, le résultat sera le même.

6.° Enfin, le résultat sera encore le même si, comme l'ont fait Hunter, Home et Scarpa (1), on dépouille une artère, non seulement de sa gaîne celluleuse, mais encore de sa tunique musculeuse : après la guérison de l'animal, on trouvera non seulement que la tunique interne, restée presque seule, a acquis plus d'épaisseur par l'effet de l'inflammation, mais que réunie au tissu cellulaire voisin, cette membrane forme avec lui, dans ce point, une paroi beaucoup plus épaisse et plus dense que les parois du vaisseau dans leur état naturel.

De tout ce que nous venons de dire, on peut conclure, 1.° que ce que l'on a décrit comme anévrisme mixte formé par la rupture des tuniques interne et musculeuse d'une artère, et par la dilatation de la tunique celluleuse

---

(1) Voyez *Réflexions et Observations sur l'Anévrisme*, par A. Scarpa, traduction de M. Delpech; ouvrage dont on ne saurait trop recommander la lecture aux chirurgiens qui voudront acquérir des connaissances profondes et solides sur les anévrismes.

n'est autre chose que l'anévrisme vrai, parvenu à un certain point de développement ; 2.° que l'anévrisme mixte, produit par la dilatation de la tunique interne, ou de celle-ci et de la musculeuse, formant une sorte de hernie à travers la celluleuse, n'a jamais existé.

§. I.er *De l'Anévrisme vrai.*

L'anévrisme vrai est une tumeur plus ou moins volumineuse, formée par le sang artériel contenu dans une portion d'artère dont les tuniques sont dilatées.

Les sentimens des auteurs et des praticiens sont partagés sur la dilatation des tuniques artérielles dans cette espèce d'anévrisme. Cette dilatation est admise par les uns, et niée par les autres. Dans une telle diversité d'opinions, rien n'est plus propre à donner des notions exactes et conformes à la vérité, que l'inspection anatomique des organes affectés; or voici ce qu'elle apprend :

Si l'on examine un anévrisme vrai, récent et petit, par exemple, du volume d'une olive, on observe qu'au-dessus et au-dessous de la tumeur, l'artère conserve son diamètre naturel; que dans la tumeur, les parois sont éloignées de l'axe du vaisseau, quelquefois dans toute la circonférence du tube artériel, le plus souvent dans un seul point; dans ce dernier cas, le reste de la circonférence de l'artère conserve ses rapports naturels avec son axe, tandis que le point malade offre intérieurement une sorte de fossette ou d'excavation, qui ne diffère du reste que par cette circonstance; la tunique interne s'étend à toute la surface intérieure de cette fossette, sans

interruption, et la musculeuse embrasse le point légèrement distendu, comme le reste de la circonférence de l'artère; il n'y a point de rupture dans ce cas, et si l'on fend l'artère ainsi dilatée, on remarque que l'épaisseur et la consistance des parois artérielles sont plutôt augmentées que diminuées, et par conséquent que la dilatation n'a pas eu lieu aux dépens de l'épaisseur de ces parois. Le sang contenu dans cette portion d'artère dilatée n'est coagulé que sur le cadavre; mais durant la vie il conserve sa fluidité, la cavité dont il s'agit étant trop petite pour ralentir son mouvement, et le faire stagner. Tel était l'état d'une tumeur anévrismale commençante que j'eus occasion d'observer sur un sujet mort des suites d'un anévrisme de l'artère fémorale; et dans un autre, mort long-temps après avoir été guéri d'un anévrisme de l'artère poplitée, et dont je rapporterai l'histoire dans la suite.

Si l'anévrisme vrai est ancien, et si après avoir été peu volumineux pendant un certain temps, il a pris tout-à-coup un accroissement rapide, soit à la suite de quelqu'effort, soit sans cause connue, on trouve d'abord la poche ou sac anévrismal formé entièrement de substance celluleuse continue avec la tunique externe ou gaine celluleuse de l'artère et avec le tissu cellulaire ambiant, mais pouvant être distingué de l'un et de l'autre par une densité et une épaisseur plus considérables. Cette épaisseur n'est pas la même dans toute l'étendue du sac; elle est moindre en général dans le point qui correspond à la peau, et c'est aussi le lieu où se fait la rupture quand la tumeur anévrismale s'ouvre sponta-

nément. On reconnaît facilement cette poche pour la tunique celluleuse ou externe de l'artère, distendue et accrue par la superposition des lames du tissu cellulaire voisin, distendu à son tour et comprimé par la tumeur. Si l'on fend ce sac anévrismal, on le trouve rempli de sang en partie liquide, en partie coagulé; le volume et la densité de ce dernier sont toujours proportionnés à l'ancienneté de la maladie. Le *coagulum* est disposé tantôt en couches superposées, d'une texture en apparence fibreuse, d'autant plus compactes qu'elles sont plus voisines des parois du sac, et dont quelques-unes sont très-adhérentes à ces mêmes parois; tantôt il forme une seule masse dont la consistance est presque uniforme. Le sac anévrismal étant vidé du sang fluide et coagulé qu'il renferme, on observe que sa face interne est tantôt lisse, polie; tantôt molle, tomenteuse, rougeâtre et pénétrée d'une couche sanguine, difficile à absterger. Dans le fond de ce sac on trouve les tuniques musculeuse et interne de l'artère rompues, déchirées; l'ouverture qui résulte de cette rupture, et par laquelle le tube artériel communique avec le sac, est plus ou moins grande, tantôt ronde ou de toute autre forme régulière, tantôt irrégulière; quelquefois les bords de cette ouverture sont assez larges pour représenter une sorte de cloison percée dans son centre; le plus souvent ils présentent des espèces de crêtes ou appendices qui les font paraître comme frangés ou festonnés; quelquefois ils sont lisses et semblables à l'orifice d'une fistule; d'autres fois enfin, ils sont aplatis et confondus avec la base de la poche anévrismale celluleuse, dont on les

distingue pourtant encore par le bourrelet qui en marque les limites. Toujours le sac offre dans le contour de cette ouverture moins de dévoloppement que dans son centre, et à l'extérieur ce même point présente une espèce de collet ou retrécissement. Les artères collatérales qui naissent au-dessus de la tumeur, sont sensiblement dilatées. Chargé de disséquer l'extrémité inférieure d'un homme auquel, huit mois auparavant, le célèbre Desault avait pratiqué l'opération de l'anévrisme de l'artère poplitée, selon la méthode d'Anel, je trouvai dans l'épaisseur du nerf sciatique une artère dont le diamètre égalait celui de la radiale au poignet; cette artère, qui provenait de la sciatique, descendait jusqu'à la partie postérieure du genou, où elle s'anastomosait avec les articulaires supérieures; j'avais d'ailleurs observé sur ce sujet, avant l'opération, que l'une des branches de l'artère articulaire interne supérieure était dilatée au point qu'on pouvait facilement sentir ses battemens sur le condyle interne du fémur.

S'il était permis d'user d'analogie dans l'étude des lésions organiques, on pourrait ajouter aux notions anatomiques, fruit de la plus exacte observation, les considérations suivantes :

1.° Tous les tissus qui composent les organes des animaux jouissent d'une extensibilité et d'une élasticité relatives à leur destination particulière; est-il raisonnable de penser que les artères soient privées de ces propriétés? Leurs mouvemens de diastole et de systole ne peuvent-ils pas être regardés jusqu'à un certain point comme ces propriétés mises en jeu? Les points d'appui,

les conduits osseux, qui soutiennent ou renferment ceux de ces vaisseaux qui décrivent constamment des courbures, ou qui sont exposés à en former accidentellement, comme la partie postérieure de l'articulation du genou pour la poplitée, la partie antérieure de l'articulation du coude pour la brachiale, le canal carotidien pour la carotide, les masses latérales de l'atlas pour la vertébrale, ne peuvent-ils pas être considérés comme autant de moyens employés par la nature pour prévenir les effets dangereux de l'effort latéral du sang sur ces points courbés des artères ?

2°. Les petites excavations, les espèces d'impressions digitales placées à la face interne de l'aorte vis-à-vis des valvules sigmoïdes, et connues sous le nom de petits sinus de l'aorte, n'existent pas dans le fœtus et ne se développent qu'à mesure que le sujet avance en âge; il en est de même du grand sinus de l'aorte, qui, dans certains vieillards, presente une étendue considérable : si ces dilatations de certains points déterminés de la circonférence d'un tube artériel ne peuvent pas être considérées comme autant d'anévrismes commençans, ne fournissent-elles pas au moins des preuves sans réplique de la possibilité de la dilatation simultanée de toutes les tuniques des artères, même dans leur état naturel ?

3.° Si dans les expériences qui ont été faites pour éprouver l'extensibilité des vaisseaux artériels, on est toujours parvenu à les rompre et jamais à les dilater, cette circonstance ne tient-elle pas à la nature du procédé nécessairement brusque dans son action; tandis que dans la formation de l'anévrisme, la force capable

d'opérer la dilatation agit lentement et d'une manière successive ?

4.° Les diverses altérations organiques qui ont été observées jusqu'à présent dans le système artériel, ne suffisent-elles pas pour faire concevoir une diminution dans la consistance naturelle des parois des artères, qui leur permettent de se distendre jusqu'à un certain point ?

5.° Les ulcérations des tuniques artérielles, dont on a des preuves indubitables, en faisant disparaître la portion d'artère qui s'était dilatée d'abord, n'ont-elles pas donné lieu aux doutes qu'on a élevés sur la réalité de cette dilation?

6.° Enfin, le volume médiocre auquel se borne toujours l'anévrisme vrai, avant la rupture des tuniques propres de l'artère, ne s'accorde-t-il pas assez avec l'impossibilité absolue d'obtenir une dilatation de ces mêmes organes dans leur état naturel ?

D'après ce qui vient d'être dit, on peut conclure, que la dilatation simultanée de toutes les tuniques d'une artère, soit dans la totalité de sa circonférence, soit dans un espace circonscrit, est une vérité incontestable, et par conséquent qu'il existe réellement une espèce d'anévrisme vrai.

En réfléchissant sur le grand nombre d'observations d'anévrismes où les tuniques propres de l'artère ont été trouvées détruites ou rompues, et le petit nombre de celles où l'on a pu vérifier la dilatation des parois, on est tenté de croire au premier abord avec Monro, que cette dernière espèce est très-rare. Cependant, si l'on

considère que les tuniques interne et musculeuse, comme nous le dirons bientôt, ne sont susceptibles que d'un léger degré d'extension, au-delà duquel elles se rompent constamment ; que ce n'est jamais que par l'effet d'une cause intérieure et après avoir perdu leur résistance naturelle, que ces tuniques se laissent distendre ; que la tunique intérieure des artères a la plus grande analogie avec la membrane qui tapisse la face interne de tous les organes creux ; que cette dernière est fort sujette à l'inflammation chronique, au relâchement et à l'ulcération ; que le célèbre Desault a eu occasion d'observer l'inflammation chronique de la membrane interne de l'artère aorte, accompagnée de l'engorgement des autres tuniques ; que les ouvrages d'un grand nombre d'observateurs dignes de foi, sont remplis de faits qui attestent l'ulcération des tuniques propres des artères ; qu'il existe des observations d'anévrismes où l'on a trouvé l'artère détruite dans une grande étendue de sa circonférence et même dans toute sa circonférence, et dans une certaine étendue de sa longueur : si l'on considère, dis-je, toutes ces circonstances, on ne sera pas éloigné de croire que, dans un assez grand nombre d'anévrismes, la maladie ayant commencé par un relâchement de toutes les tuniques d'une artère, dans un point de sa circonférence, la même cause interne qui a produit ce premier effet, détermine ensuite une ulcération dans le même point ; il est très-vraisemblable que cette dernière affection détruit la plus grande partie de la paroi dilatée, ensorte qu'il n'est plus possible de reconnaître la dilatation, en examinant la tumeur à une époque avancée de la maladie.

Quoi qu'il en soit, voici quelle est sa marche : cette maladie s'annonce par une tumeur qui d'abord est petite, indolente, circonscrite, diminuant ou disparaissant totalement par la compression, se rétablissant dès qu'on cesse de la comprimer, sans altération à la peau qui la couvre, située sur le trajet d'une artère plus ou moins grosse, accompagnée de battemens isochrônes à ceux du pouls. Ces battemens cessent quand on comprime l'artère au-dessus de la tumeur, et en même temps celle-ci s'affaisse et disparaît. Ils deviennent plus forts au contraire, et la rénitence de la tumeur augmente, quand on exerce la compression au-dessous. Chez quelques sujets, l'apparition de la tumeur anévrismale est précédée d'un engourdissement, d'une torpeur du membre, et même de douleurs accompagnées de contractions convulsives ou de crampes dans les muscles de la partie affectée : mais il n'est pas facile de décider si ces symptômes accompagnent spécialement les prédispositions à l'anévrisme par dilatation des tuniques de l'artère, ou celles à l'anévrisme par érosion, ou par rupture spontanée de ces mêmes tuniques. Le plus souvent, tant que l'anévrisme n'est pas volumineux, il ne cause aucune douleur, et les mouvemens du membre sont aussi libres que dans l'état naturel. La tumeur s'accroît lentement, et il s'écoule quelquefois plusieurs mois et même une année entière avant qu'elle ait acquis une volume égal à celui du poing.

Cependant il arrive une époque où les progrès de l'anévrisme deviennent beaucoup plus rapides : c'est ordinairement à la suite d'un effort qu'il acquiert en

quelques semaines un volume double ou triple de celui auquel il était parvenu en plusieurs mois; quelquefois le malade s'aperçoit du moment où la rupture des tuniques propres de l'artère survient, soit par la sensation d'un déchirement dans la tumeur, soit par un bruit semblable à celui d'une étoffe qu'on déchire. Alors la tumeur est moins circonscrite, ses limites sont moins distinctes; elle devient dure et quelquefois inégale; la compression ne la fait plus disparaître en entier, celle de l'artère ne produit qu'une légère diminution dans son volume; les battemens deviennent de plus en plus obscurs, dégénèrent en un frémissement quelquefois difficile à distinguer, et qui disparaît même en entier dans quelques cas. En même temps il survient des douleurs dans la tumeur, ainsi que dans le membre, au-dessus et au-dessous du siège de la maladie; le membre s'engorge, l'empâtement fait des progrès proportionnés à ceux de l'anévrisme, et les mouvemens deviennent difficiles et pénibles. Lorsque la tumeur est parvenue au plus haut degré de développement, le membre est non-seulement fort engorgé, mais encore engourdi et froid; les veines superficielles sont dilatées et variqueuses, le centre de la tumeur s'élève en pointe, la peau qui le couvre devient rouge et successivement brune; elle est extrêmement distendue, et s'amincit de jour en jour; un point gangréneux se déclare au milieu de cette inflammation, l'escarre se détache presqu'aussitôt qu'elle est formée, la tumeur s'ouvre, et le malade périt d'hémorragie en quelques instans.

Si l'on examine un anévrisme parvenu à ce point de

développement extrême qui précède de peu sa rupture, on trouve la peau fort amincie, et confondue pour ainsi dire avec le sac anévrismal. Les cellules du tissu cellulaire sont infiltrées de sérosité, ou effacées totalement par l'adhésion mutuelle de leurs parois, suivant le degré de distension que la peau a souffert. Les muscles voisins, soit qu'ils recouvrent l'anévrisme, soit qu'ils l'entourent latéralement, sont distendus, déplacés, amincis, et quelquefois confondus avec les parties voisines. Il en est de même des cordons nerveux considérables placés aux environs de la tumeur, lesquels sont aussi déplacés, amincis, quelquefois adhérens à l'extérieur du sac anévrismal, et altérés au point d'être méconnaissables. Enfin, les cartilàges et les os eux-mêmes ne sont pas à l'abri des changemens que la tumeur anévrismale imprime à toutes les parties environnantes; ils sont détruits peu-à-peu, sans qu'il reste la moindre trace de leur substance, de la même manière que les os du crâne sont détruits par les tumeurs fongueuses de la dure-mère : phénomène singulier, et dont on ne peut donner une explication satisfaisante, même en invoquant l'action du systême absorbant : on a vu les cartilages du larynx et les cerceaux de la trachée-artére détruits, ce conduit percé, et le sang de la tumeur anévrismale s'échapper par cette voie, aussi bien que par l'œsophage. Nous ne devons pas omettre d'énumérer parmi les effets du développement de la tumeur anévrismale et de la gêne que la circulation du sang éprouve dans le vaisseau affecté, la dilatation des branches qui naissent au-dessus de l'anévrisme, et de leurs anastomoses avec celles qui prennent

leur origine au dessous. Ce phénomène, dont j'ai parlé précédemment, est constant, lorsque la maladie a déjà une certaine ancienneté, et peut être mis au nombre des circonstances les plus favorables au succès de l'opération de l'anévrisme.

D'après ce que nous venons de dire, il est facile d'établir l'étiologie de l'anévrisme vrai, et d'expliquer les phénomènes de son développement. La lenteur de ses progrès dans les premiers temps vient de ce que la tumeur dépend alors de la dilatation simultanée de toutes les tuniques de l'artère et du peu d'extensibilité de la musculeuse et de l'interne. La mollesse, la compressibilité de la tumeur et sa disparition lorsqu'on la comprime, s'expliquent par la fluidité du sang qu'elle contient. L'accroissement rapide de l'anévrisme à une époque indéterminée de sa durée vient de la rupture des tuniques interne et musculeuse, et de la grande extensibilité de la tunique celluleuse qui forme alors le sac anévrismal, et résiste seule à l'effort latéral du sang. La dureté, l'inégalité de la tumeur, l'impossibilité de la réduire en entier, l'obscurité et la disparition même complète de ses battemens à une époque plus avancée, sont dues à la stagnation et à la coagulation du sang dans la cavité du sac anévrismal. La dilatation des branches collatérales dépend de l'obstacle que le coagulum contenu dans le sac anévrismal apporte au mouvement progressif du sang; ce liquide, éprouvant de la difficulté à passer de la partie de l'artère qui est supérieure à la tumeur, dans celle qui lui est inférieure; pénètre en plus grande quantité et avec plus de force dans les artères collatéra-

les, et les distend peu-à-peu : aussi remarque-t-on que ces artères sont d'autant plus dilatées au-delà de leur diamètre naturel, que l'anévrisme est plus ancien et plus volumineux, et qu'il contient une plus grande quantité de sang coagulé. Quelquefois le caillot qui remplit la tumeur est percé d'une ouverture très étroite, dans laquelle il ne passe qu'un très-petit filet de sang, et alors l'artère est presque toujours rétrécie au-dessous de sa dilatation, pendant que les branches collatérales sont fort amples. Si les observations dans lesquelles on prétend avoir trouvé les artères collatérales dans leur diamètre naturel, même après l'opération de l'anévrisme, suivie de succès, sont bien exactes, elles prouvent que la dilatation de ces artères n'est pas toujours sensible, et que leurs commuuications, telles qu'elles sont dans l'état naturel, jointes à celles du réseau capillaire, peuvent suffire pour entretenir la circulation dans le membre, et suppléer au tronc principal. Les douleurs qui se font sentir dans la tumeur, viennent de la distension des parties qui l'entourent ; et celles que le malade rapporte au trajet des nerfs principaux du membre, dépendent évidemment du tiraillement de ces derniers, déplacés par les progrès de l'anévrisme. C'est encore à cette dernière cause qu'il faut rapporter l'engourdissement du membre ; tandis qu'on doit attribuer à la compression des veines et des vaisseaux lymphatiques, l'état variqueux des premières, l'engorgement et le refroidissement de tout le membre. Quant à la destruction des os et des cartilages qui, par leur résistance, tendent à empêcher le développement de la maladie, nous

n'entreprendrons pas d'en donner l'explication ; nous observerons seulement que les battemens de la tumeur doivent en être la principale cause ; puisqu'on n'observe guère cette destruction que dans les anévrismes et dans les tumeurs auxquelles l'action du cœur ou des gros vaisseaux communique un mouvement pulsatif, telles, par exemple, que les tumeurs fongueuses de la dure-mère.

L'anévrisme vrai est presque toujours unique ; cependant quelquefois on en rencontre plusieurs sur le même sujet. Un homme qui mourut à l'hôpital de la Charité, il y a quelques années, d'un anévrisme de l'artère crurale, en portait un autre du volume d'une noix, à l'artère poplitée. On a vu des sujets chez lesquels la plupart des grosses artères étaient anévrismatiques.

Les anévrismes vrais diffèrent entr'eux relativement à leur situation, à leur volume et aux circonstances qui les accompagnent.

Relativement à leur situation, les anévrismes vrais ont été distingués en internes et en externes : les premiers sont ceux qui attaquent les artères situées dans les cavités de la poitrine et du bas-ventre ; et les seconds, ceux qui arrivent aux artères des membres, du cou et de la tête.

Il n'y a presqu'aucune artère intérieure qui ne puisse être attaquée d'anévrisme ; mais l'aorte est celle où l'on remarque le plus ordinairement cette maladie, et la crosse de cette artère en est plus fréquemment le siége que les autres points de son étendue ; cependant il n'est pas très-rare de voir des anévrismes de l'aorte descendante

pectorale et de la ventrale. Cette maladie affecte bien plus rarement l'artère cœliaque, les artères iliaques primitives, les iliaques interne et externe, et les sous-clavières.

Quant aux artères externes, il serait peut-être difficile d'en citer une d'un certain calibre sur laquelle l'anévrisme vrai n'ait point été observé. Mais, en général, les artères sont, toutes choses égales d'ailleurs, d'autant plus sujettes à cette maladie, que leur diamètre est plus considérable : ainsi les artères fémorale, poplitée, axillaire et brachiale en sont plus souvent attaquées que les artères de la jambe, du pied, de l'avant-bras et de la main; la carotide primitive, plus souvent que les carotides interne et externe, et celle-ci plus souvent que les autres artères de la tête. J'ai vu un anévrisme de l'artère auriculaire postérieure sur une femme âgée d'environ 36 ans; la tumeur était située entre le pavillon de l'oreille et le sommet de l'apophyse mastoïde : elle était grosse comme l'extrémité du petit doigt, arrondie, circonscrite, sans changement de couleur à la peau, molle, compressible, accompagnée de battemens isochrônes à ceux du pouls; la compression la faisait disparaître, mais aussitôt qu'on cessait de la comprimer, elle reparaissait en faisant entendre une espèce de sifflement. Comme elle n'avait point changé de volume depuis long-temps, je conseillai à la malade de n'y rien faire, et de vivre avec cette maladie.

Les anévrismes vrais diffèrent beaucoup entr'eux relativement à leur volume. En général, quand l'anévrisme est récent, la tumeur est peu volumineuse; elle est même

si petite dans le commencement de la maladie, qu'on a souvent de la peine à la distinguer à travers les parties molles dont l'artère est couverte. Cette tumeur augmente par degrés; mais ses progrès sont très-lents jusqu'à l'époque où les tuniques musculeuse et interne, distendues au-delà de leur extensibilité naturelle, se rompent. Au même moment, la tumeur prend tout-à-coup un accroissement considérable, et elle acquiert quelquefois un volume énorme, avant de s'ouvrir à l'extérieur. L'accroissement lent et gradué de l'anévrisme dans son principe, et avant la rupture des tuniques musculeuse et interne, son augmentation rapide par la suite lorsque ces tuniques sont rompues, méritent la plus grande attention par rapport au pronostic.

Les anévrismes vrais varient encore beaucoup par rapport à leur forme : l'artère malade n'a aucune influence sur la forme de la tumeur; cette forme dépend uniquement de la résistance des parties environnantes. Ce n'est guère qu'après la rupture des tuniques interne et musculeuse que cette résistance peut influer sur la forme de l'anévrisme. Avant cette époque, la tumeur est assez peu volumineuse pour que son développement se fasse librement dans tous les sens : aussi conserve-t-elle presque toujours sa forme globuleuse, ou du moins elle ne s'en écarte pas beaucoup. Mais quand le tissu cellulaire forme seul les parois de la cavité dans laquelle le sang est contenu, la tumeur, comme nous l'avons dit, fait des progrès rapides, et elle en ferait de bien plus rapides encore, si elle n'était soutenue par les os, les couches aponévrotiques, les tendons et les muscles qui l'en-

tourent, et qui réagissent sur elle à la faveur de leur élasticité. Mais comme ces parties n'entourent jamais l'anévrisme exactement dans toute sa circonférence, il s'ensuit que les points qui sont les moins soutenus, sont aussi ceux qui s'étendent le plus. Les rapports de la tumeur avec les parties environnantes étant différens, non-seulement suivant l'artère malade, mais encore suivant la partie de cette artère qui est affectée, il est impossible de déterminer d'une manière générale l'influence que ces parties peuvent avoir sur le développement et sur la forme de l'anévrisme.

Nous avons déjà dit que quand l'anévrisme vrai est récent et peu volumineux, il ne cause ordinairement ni douleurs ni gène dans les mouvemens du membre; la maladie est alors dans son état de simplicité. Mais à mesure qu'elle s'accroît, elle agit sur les parties environnantes, et produit des effets qui peuvent être regardés comme de véritables complications. Ainsi le tiraillement du nerf saphène, dans l'anévrisme de l'artère fémorale, produit souvent une vive douleur dans le trajet de ce nerf jusqu'au gros orteil : la distension du nerf sciatique par l'anévrisme de l'artère poplitée, cause quelquefois une douleur intolérable qui s'étend à toutes les parties où ce nerf se distribue, et le plus souvent cette douleur ne peut être calmée par les topiques opiacés; la compression des veines et des vaisseaux lymphatiques donne lieu à l'empâtement, à l'engourdissement et au refroidissement du membre : la distension de la peau cause l'inflammation de cette partie et quelquefois même celle de la tumeur : enfin, la longue compression que l'ané-

vrisme exerce sur les os voisins, qui, par leur position, tendent à borner son accroissement, amène leur destruction. J.-L. Petit a vu les condyles du fémur et l'extrémité supérieure du tibia presqu'entièrement détruits par un anévrisme de l'artère poplitée.

L'effort latéral du sang contre les parois des artères, à chaque contraction du cœur, est la véritable cause prochaine ou efficiente de l'anévrisme vrai, et cette cause peut être rendue plus énergique par tout ce qui augmente l'impulsion du sang. Mais pour que l'effort latéral de ce liquide puisse éloigner les parois d'une artère de leur axe, et donner ainsi naissance à l'anévrisme vrai, il faut que le tissu de ces mêmes parois se trouve affaibli dans une étendue quelconque, soit que cet affaiblissement ait lieu dans toute la circonférence du tube artériel, ou qu'il soit borné à un point de cette circonférence.

Cet affaiblissement du tissu des parois d'une artère peut dépendre de causes externes, telles qu'un effort violent, des extensions trop fortes, des contusions; mais le plus souvent il est produit par des causes internes dont on ne saurait contester l'existence, quoique leur nature et leur manière d'agir soient inconnues. On a observé des rapports plus ou moins éloignés entre la siphylis et l'anévrisme; on croit avoir remarqué aussi que l'usage soutenu du mercure a quelqu'influence sur la formation de cette maladie; mais ces observations sont encore loin d'avoir un caractère démonstratif.

Les courbures des artères, lorsqu'elles sont assez considérables pour retarder le mouvement progressif du

sang, augmentent l'effort de ce liquide sur les parois artérielles, et peuvent par conséquent favoriser le développement de l'anévrisme. On pense généralement que cette maladie n'est si fréquente à la crosse de l'aorte, que parce que le sang frappant contre la convexité de cette courbure, à chaque contraction du cœur, tend sans cesse à éloigner les parois artérielles de leur axe, et à les distendre au-delà de leur extensibilité naturelle. La compression que les muscles gonflés et durcis par la contraction exercent sur les artères qu'ils couvrent, en ralentissant le mouvement progressif du sang et augmentant son effort latéral, peut aussi contribuer au développement de l'anévrisme, surtout si elle a lieu immédiatement au-dessous de l'endroit où une artère est entourée d'une grande quantité de tissu cellulaire graisseux, comme l'artère poplitée au milieu du creux du jarret.

L'anévrisme vrai se présente sous la forme d'une tumeur plus ou moins volumineuse, ordinairement indolente, circonscrite, arrondie, égale, compressible et élastique, dont les progrès sont toujours lents et gradués jusqu'au moment où les tuniques musculeuse et interne se rompent, ce qui arrive à une époque qu'il est impossible de déterminer : cette tumeur, située sur le trajet de l'une des principales artères d'un membre, est accompagnée de battemens isochrônes à ceux du pouls, et qui se font sentir également dans toutes les situations de la partie; elle est susceptible de diminuer et même de disparaître en entier quand on la comprime, aussi bien que par la compression de l'artère malade, au-dessus du siège de l'anévrisme; elle augmente, au contraire, et

ses battemens deviennent plus forts par la compression de cette même artère au-dessous; elle ne gêne que peu ou ne gêne point du tout les mouvemens du membre, et elle n'est accompagnée d'aucune altération dans la couleur et la chaleur naturelles de la peau.

Après avoir resté plus ou moins long-temps dans l'état que nous venons de décrire, l'anévrisme vrai éprouve des changemens qui modifient ses phénomènes d'une manière très-remarquable : à l'occasion de quelqu'effort, ou sans cause connue, la tumeur fait des progrès beaucoup plus rapides; quelquefois le malade éprouve, à cette occasion, une sensation de déchirement, ou il entend un bruit semblable à celui que produit une étoffe qu'on déchire; la tumeur devient alors plus volumineuse et fait tous les jours de nouveaux progrès; elle est médiocrement dure, inégale, d'une forme plus ou moins éloignée de la globuleuse, et la compression ne la fait plus disparaître; ses battemens sont peu marqués et deviennent de plus en plus obscurs, surtout à sa circonférence : ils se réduisent quelquefois à un léger frémissement, et quelquefois même ils disparaissent entièrement; ce qui n'arrive cependant que quand elle est fort ancienne et très-volumineuse. La compression de l'artère au-dessus de la maladie fait disparaître complètement les battemens de la tumeur; mais elle n'apporte aucun changement dans son volume. La peau qui eouvre l'anévrisme est plus ou moins distendue, amincie, quelquefois enflammée, et même couverte d'une tache gangréneuse; le malade éprouve des douleurs plus ou moins vives dans la tumeur et dans le reste du membre; les veines sous-

cutanées sont variqueuses ; le membre est engorgé, quelquefois engourdi et même froid.

Des symptômes aussi nombreux et aussi caractéristiques sembleraient devoir suffire dans tous les cas pour faire reconnaitre la maladie, et prévenir toute espèce de méprise ; cependant nous avons un grand nombre d'observations très-authentiques, qui prouvent qu'on a malheureusement pris des tumeurs anévrismales pour des abcès, et qu'en conséquence on les a ouvertes par une incision qui a été promptement suivie de la mort du malade. Une erreur aussi grave ne peut guère être commise dans le commencement de l'anévrisme par un chirurgien instruit et attentif, car alors les battemens de la tumeur et sa disparition quand on la comprime, la caractérisent si bien, qu'il ne peut y avoir aucun doute sur sa nature. Mais lorsque la maladie est plus avancée, que la tumeur est devenue beaucoup plus volumineuse, qu'elle est remplie de concrétions polypeuses, que les pulsations ne s'y font plus sentir, et que la compression n'apporte aucun changement dans son volume, il est souvent très-difficile de la reconnaître. Dans ce degré de l'anévrisme, ce n'est que par un examen très-attentif des circonstances qui ont précédé l'état actuel de la maladie, qu'on peut acquérir des données suffisantes pour prononcer sur son véritable caractère. Ainsi on s'informera avec soin de la manière dont la tumeur s'est formée, et des phénomènes qu'elle a présentés dans son principe ; si l'on apprend qu'elle a d'abord été très-petite, qu'elle a augmenté par degrés, et qu'ensuite, à l'occasion d'un effort, ou sans cause connue, elle a pris

tout-à-conp un accroissement considérable ; si elle a présenté, au commencement, des pulsations qui ont diminué peu-à-peu, et qui ont enfin cessé entièrement ; si la compression qui la faisait d'abord disparaître ou du moins diminuer de volume, n'y a apporté ensuite aucun changement, on peut prononcer avec certitude que c'est un anévrisme.

Mais dans la plupart des cas d'anévrismes parvenus au degré dont il s'agit, il est rare que l'on puisse tirer des malades, des renseignemens suffisans pour qu'il ne reste aucun doute sur la nature de la maladie. La difficulté du diagnostic est plus grande encore, lorsque la tumeur ne présente aucun des caractères de l'anévrisme, et qu'elle se montre, au contraire, sous la forme d'un abcès. Dehaën rappporte un cas de cette espèce qui mérite d'être connu. Un homme fut atteint d'un érysipèle au pied, qui s'étendit successivement à la jambe et au jarrêt ; l'engorgement qu'il laissa dans cette dernière région ne se dissipa point, et se convertit en une tumeur qui parut passer très-lentement à la suppuration. Près de deux ans après, la fluctuation y était manifeste, et il n'y avait pas la moindre pulsation. On fit une ouverture médiocre au centre de cette tumeur ; il en sortit une certaine quantité de pus ; la tumeur ne diminua pas beaucoup de volume, et les choses restèrent dans cet état pendant les premiers jours ; mais huit jours après, il survint inopinément une hémorragie terrible, et le malade expira. La dissection du membre prouva que c'était un anévrisme dont la poche et les caillots qu'elle contenait, avaient été entourés d'un abcès ; et il est probable que

l'œdème qui succéda à l'érysipèle, et qui peut-être avait été entretenu par la présence de l'anévrisme, déroba la connaissance des symptômes de cette dernière maladie.

De même que les anévrismes anciens, plus ou moins volumineux, et dans lesquels les pulsations ne se font plus sentir, peuvent être pris pour des tumeurs de toute autre nature ; de même aussi les tumeurs humorales, ou autres situées sur le trajet des grosses artères qui leur communiquent leurs battemens, peuvent être facilement confondues avec les anévrismes. Cependant l'histoire de la maladie et le caractère propre des battemens de la tumeur, peuvent fournir des lumières suffisantes pour en faire connaître la nature. En effet, l'anévrisme offre dans le commencement une tumeur molle et susceptible de disparaître par la compression ; toute autre tumeur, au contraire, est d'autant plus consistante, qu'elle est moins avancée, et la compression ne peut la faire disparaître. A mesure que l'anévrisme devient ancien, il perd de sa mollesse en même temps qu'il augmente de volume ; et ce changement dans sa consistance s'opère toujours de la circonférence vers le centre ; en sorte que ce dernier point est encore mou, quand la base a déja acquis de la dureté ; dans les tumeurs humorales, au contraire, qui se ramollissent par les progrès de la suppuration, la fluctuation s'annonce toujours dans le centre, et s'étend delà vers la circonférence, en sorte que l'étendue de la portion ramollie de la tumeur est toujours proportionnée à son ancienneté. Dans l'anévrisme, les battemens sont manifestes, quelle que soit l'attitude que l'on donne au

membre; dans les tumeurs d'une autre nature, qui n'offrent des battemens que parce qu'elles sont agitées par les pulsations d'une artère voisine sur laquelle elles reposent, ce phénomène cesse d'être sensible par une attitude qui fait cesser les rapports du vaisseau avec la tumeur. Les battemens de l'anévrisme sont d'autant plus marqués, que la maladie est moins ancienne et la tumeur moins volumineuse, parce qu'alors elle ne contient que très-peu de sang coagulé; les battemens que présentent les tumeurs humorales, sont, au contraire, d'autant plus forts et plus étendus, qu'elles sont plus volumineuses, parce qu'elles compriment davantage les vaiseaux voisins, et y rendent plus grand l'effort latéral du sang. Les battemens de l'anévrisme sont un véritable effort d'expansion ou de dilatation, sensible dans toute sa circonférence quand la tumeur n'est pas très-ancienne et très-volumineuse; sensible seulement dans son centre, et obscur ou nul à la base, quand le sac anévrismal est garni de couches couenneuses; mais les battemens des tumeurs humorales ne sont autre chose qu'un mouvement de déplacement de la masse totale. sensible dans toute son étendue, et perpendiculairement en quelque sorte à l'axe du vaisseau qui le communique.

De tout ce qui vient d'être dit, il résulte que, dans beaucoup de cas, il est impossible de prononcer d'une manière positive, si une tumeur placée sur le trajet d'une artère considérable, est un anévrisme, ou si elle est d'une autre nature. Dans ces cas douteux, on doit se conduire comme si la tumeur était vraiment anévrismale. En se conformant à cette règle, il arrivera sans doute quelque-

fois qu'on n'osera pas toucher à des tumeurs dont l'ouverture est indiquée et peut être faite en toute sûreté ; mais les inconvéniens qui pourront résulter d'une pareille conduite ne sont rien en comparaison du danger auquel on exposerait le malade en ouvrant un anévrisme, au lieu d'une tumeur d'une autre nature.

On conçoit, au reste, que c'est particulièrement dans le traitement des tumeurs qui se trouvent sur le tronc, au cou, dans l'aisselle, ou à l'aine, qu'il faut user de tant de prudence et de circonspection ; car dans celles qui sont situées assez loin du tronc pour qu'on puisse se rendre maître du sang en comprimant l'artère principale du membre au-dessus de la tumeur, on peut agir avec plus de hardiesse, et pratiquer toutes les opérations qui sont indiquées par l'état présent de la maladie. Mais avant d'ouvrir la tumeur, il faut se munir de toutes les choses nécessaires pour suspendre le cours du sang, et pour lier l'artère, si la maladie se trouve être un anévrisme.

Le pronostic de l'anévrisme varie selon plusieurs circonstances importantes à considérer. En général, cette maladie est très-grave ; car, abandonnée à elle-même, elle fait périr le sujet par la rupture du sac anévrismal et l'effusion du sang. On connaît cependant quelques exemples de guérison spontanée ; on a vu des tumeurs anévrismales perdre leurs battemens, devenir dures, diminuer insensiblement de volume, être réduites à un tubercule indolent, disparaître même complètement, et à la mort du sujet, l'artère a été trouvée oblitérée et convertie en un cordon ligamenteux, sans qu'il restât le moindre vestige d'anévrisme. On a vu quelquefois la tumeur s'enflam-

mer, s'ulcérer, et au lieu de sang, ne donner que du pus, dont l'évacuation a été suivie de la guérison radicale de la maladie. On a vu encore la tumeur anévrismale frappée de mortification; celle-ci s'étendre à la poche toute entière et même au delà, et la chute des escarres et de l'anévrisme amener une guérison solide. Enfin, on a vu des tumeurs présentant tous les caractères de l'anévrisme, disparaître pendant l'usage de moyens compressifs, trop faibles pour intercepter le cours du sang, et dont l'usage aurait été dangereux s'ils avaient été propres à remplir l'objet qu'on se proposait. Mais si toutes les observations de ce genre ont eu des tumeurs vraiment anévrismales pour sujet (1), ces faits, dont on ne peut concevoir le résultat qu'en admet-

(1) Parmi les faits dont il s'agit, il en est où l'on ne peut pas contester que la tumeur ne fût un anévrisme dont la nature a opéré la guérison. Le respectable Lassus, dont la mémoire nous est si chère, en a rassemblé quelques-uns de très-intéressans (*Méd. opér.*, tom. II). J. L. Petit rapporte dans les Mém. de l'Académie des Sciences, un exemple d'anévrisme de la carotide primitive guéri spontanément, et où, après la mort du sujet, on s'est assuré que l'artère avait été convertie en une substance ligamenteuse. Mais on a souvent pris pour des anévrismes des tumeurs d'une autre nature. Chopart racontait avec candeur qu'il avait commis une semblable méprise au sujet d'une tumeur du creux du jarret, qui disparut peu-à-peu; il aurait, disait-il, regardé ce fait comme un exemple certain de guérison spontanée d'anévrisme, s'il n'avait pas été désabusé par un confrère.

tant que l'inflammation et le gonflement qui l'accompagnent ont suffi pour oblitérer le vaisseau malade, ces faits, dis-je, offrent des exceptions trop peu nombreuses pour infirmer la proposition générale que je viens d'énoncer.

Cependant l'art a des moyens propres à guérir cette maladie, et la plus ou moins grande facilité de leur application fait varier le pronostic.

En général, tout anévrisme externe placé si près du tronc que l'artère malade, ou celle dont elle est la continuation, ne peut être comprimée ou liée au-dessus de la tumeur, est absolument incurable. Néanmoins il faut se garder de croire que tous les anévrismes qui paraissent trop rapprochés du tronc pour pouvoir admettre l'opération, soient effectivement dans ce cas, et ne laissent plus de ressource; l'étendue de la tumeur ne doit pas surtout être prise pour la règle du pronostic sous ce rapport; car quel que soit le volume de l'anévrisme, l'étendue de la lésion de l'artère n'est jamais en rapport avec le volume de la tumeur; elle se borne toujours, au contraire, à quelques lignes, ou tout au plus à un pouce. Or, si à cette observation on ajoute que le point lésé de l'artère correspond toujours au centre de la tumeur, ou un peu au-dessous, on verra que, dans certains anévrismes où l'opération paraît impraticable, faute d'un espace suffisant pour exercer la compression au dessus de la tumeur, non-seulement le cours du sang peut être suspendu dans le vaisseau malade pendant l'opération, mais encore qu'en calculant la situation probable de la lésion de l'artère, et la comparant avec le point d'ori-

gine des principales branches de communication ; on pourra prévoir s'il doit rester un intervalle suffisant pour placer les ligatures nécessaires, et si l'oblitération du vaisseau principal peut être tentée avec espoir de succès, ce qui a lieu le plus souvent.

On ne peut cependant pas dire que l'anévrisme soit d'autant moins grave, qu'il s'éloigne davantage du tronc : celui de l'artère poplitée, par exemple, situé assez bas pour intéresser l'origine des branches articulaires inférieures, est plus grave que celui du milieu de la fémorale et même de la partie supérieure de cette dernière, au-dessous de l'origine de la profonde, parce que dans ce dernier cas les anastomoses qui peuvent suppléer le tronc principal après son oblitération, sont libres ; et que dans le premier, au contraire, les dernières branches anastomotiques sur lesquelles on peut compter pour la circulation du sang, sont comprises dans la maladie.

La guérison de l'anévrisme dépendant généralement d'une opération dans laquelle il s'agit d'abord de mettre le vaisseau à découvert, plus le point de l'artère malade est situé profondément, plus aussi la maladie est grave, à cause du désordre qu'on ne peut éviter de causer pour l'atteindre, et des suites presque inséparables d'une grande opération ; ainsi l'anévrisme de l'artère poplitée est généralement plus grave que celui de la fémorale, toutes choses égales d'ailleurs.

Nous verrons bientôt qu'on ne peut obtenir la guérison de l'anévrisme que par l'oblitération de l'artère qui en est affectée ; la circulation doit donc avoir lieu par les

anastomoses des artères collatérales supérieures et inférieures pour que le membre ne tombe pas en mortification ; or, l'expérience ayant démontré que l'embarras que la circulation éprouve dans une artère attaquée d'anévrisme, par la compression que la tumeur elle-même exerce, donne lieu au reflux du sang vers les branches collatérales et à la dilatation de ces branches, on peut regarder l'ancienneté de la maladie comme favorable au succès de l'opération; et en effet les opérations d'anévrisme les plus heureuses que nous avons eu occasion de faire, ont été pratiquées sur des sujets qui portaient la maladie depuis longtemps. Cependant, l'anévrisme récent a aussi son côté favorable : on peut, dans ce cas, tenter la méthode de la compression, presque toujours impraticable et quelquefois même dangereuse à une époque plus avancée de la maladie.

L'anévrisme vrai externe, quoique volumineux, est moins fâcheux quand il est exempt de douleur et d'engorgement considérable. Cependant ces accidens ne sont pas très-défavorables, surtout s'ils ne sont pas joints à un refroidissement trop grand du membre ; car ils se dissipent ordinairement après qu'on a vidé la tumeur anévrismale.

L'érosion des os qui avoisinent la tumeur est une complication bien plus grave que toutes les autres, et qui nécessite quelquefois l'amputation du membre.

On conçoit enfin que le pronostic de l'anévrisme est plus ou moins défavorable, toutes choses égales d'ailleurs, selon l'âge, le tempérament et l'état présent de la santé du sujet; circonstances qui doivent être prises

en grande considération, puisqu'elles peuvent avoir une influence très-grande sur les suites de l'opération nécessaire pour la guérison de la maladie.

L'examen anatomique du corps des personnes mortes plus ou moins longtemps après avoir été guéries d'un anévrisme par les procédés de l'art, ou par les efforts de la nature, a fait voir que l'artère malade est constamment oblitérée et convertie en une substance celluleuse, ou en une espèce de cordon ligamenteux, depuis les artères collatérales supérieures les plus considérables jusqu'aux inférieures; ensorte que le sang ne peut aller de la partie supérieure de l'artère principale dans l'inférieure, qu'en passant par les artères collatérales, dont le calibre est alors plus grand que dans l'état naturel.

On conçoit d'après cela qu'on ne peut guérir un anévrisme qu'en procurant l'oblitération de l'artère, non seulement dans l'endroit même de la tumeur, mais encore au-dessus et au-dessous de cet endroit, jusqu'aux branches collatérales d'un certain diamètre.

Les moyens mécaniques propres à produire cette oblitération, devant agir sur l'artère malade, au-dessus de la tumeur, et empêcher le sang d'arriver dans la poche anévrismale; il est évident qu'on ne peut en faire l'application ni au traitement des anévrismes internes, ni à celui des anévrismes externes, lorsqu'ils sont trop rapprochés du tronc pour qu'on puisse comprimer l'artère au-dessus de la maladie. Cependant il s'est trouvé des hommes assez courageux et assez confians en leur habileté et en leur sang-froid, pour entre-

prendre l'opération en ouvrant la tumeur, dans des cas d'anévrismes trop rapprochés du tronc pour permettre de suspendre le cours du sang par la compression. Guattani exécuta heureusement cette entreprise audacieuse sur un anévrisme de l'artère fémorale attenant l'arcade crurale; et pour se tenir prêt à comprimer l'artère contre l'os pubis, aussitôt après qu'elle serait découverte, il confia l'ouverture du sac à un autre Chirurgien. Mais quel est l'opérateur prudent qui voudrait imiter une pareille conduite ? Comment Guattani pouvait-il être assuré qu'il restait assez d'artère dans un état sain, au-dessous de l'arcade crurale, pour pouvoir exercer la compression sur ce vaisseau ? A combien peu de chose tenait l'issue malheureuse d'une telle opération ! Un instant perdu aurait suffi pour que le malade expirât sous les yeux de l'opérateur. Certes, l'exercice de notre profession serait trop pénible, si nous ne pouvions rendre la santé aux hommes qu'en les exposant à de pareils dangers.

Ce qui vient d'être dit ne s'applique point à l'opération de l'anévrisme par la méthode de Hunter, qui peut être pratiquée alors même que la situation et l'étendue de l'anévrisme ne permettent point de comprimer l'artère au dessus de la tumeur pour empêcher le sang d'y aborder pendant l'opération.

Mais lorsque la situation de la maladie ne permet point de lier l'artère entre la tumeur et le cœur, on ne peut qu'user d'une méthode palliative propre à éloigner le terme fatal d'une maladie qui n'est pas susceptible de guérison, et à la rendre plus supportable. Toutes les

indications se bornent alors à modérer l'impulsion du sang, quand elle est trop considérable, par les saignées et par un régime extrêmement sévère; à éviter tout ce qui peut augmenter la chaleur, et accélérer le cours du sang; à procurer la liberté du ventre au moyen des lavemens et même des laxatifs doux; enfin, à calmer la douleur par le moyen des opiacés.

On a pensé que ce traitement palliatif, à l'aide de quelques changemens et de médicamens internes, pourrait devenir curatif dans les anévrismes internes peu volumineux et récens, et même dans les anévrismes externes anciens et volumineux, pour lesquels la prudence ne permet pas d'entreprendre l'opération. Valsalva est le premier qui ait eu cette idée. Sa méthode consiste à affaiblir par degrés le sujet, au point de ne laisser dans ses vaisseaux que la quantité de sang nécessaire pour l'empêcher de mourir. Dans cette intention, il faisait garder le lit au malade, il lui faisait pratiquer plusieurs saignées, et diminuait graduellement ses alimens et sa boisson, jusqu'à ce qu'il fût parvenu à ne lui accorder qu'une demi-livre de bouillie le matin et un peu moins le soir, et pour boisson une certaine quantité d'eau, à laquelle il ajoutait un peu de gelée ou de sirop de coings, un peu de sirop de grande consoude, ou quelques gouttes d'eau de Rabel. Lorsque par l'effet de ce régime, le malade était réduit à un état de faiblesse tel qu'il lui était impossible de lever la main de dessus son lit, il augmentait progressivement la quantité des alimens, et ranimait peu-à-peu ses forces, jusqu'à ce qu'elles fussent entièrement rétablies.

Albertini, dans le premier volume des commentaires de l'Académie de Bologne, expose la méthode de Valsalva, et cite les exemples qu'il croit favorables à la bonne opinion qu'il en avait conçue, même ayant qu'elle eut été mise en usage (1). Sur cinq observations citées avec très-peu de détails dans son Mémoire, deux seulement sont accompagnées de l'ouverture des corps. Dans l'une, il s'agit d'un homme de qualité, qui, ayant subi le traitement, vécut avec un anévrisme interne, depuis l'âge de de 65 ans jusqu'à celui de 74. A l'ouverture du cadavre, on trouva l'oreillette droite du cœur et l'artère pulmonaire d'une grandeur démesurée. La seconde concerne une femme chez laquelle l'anévrisme se déclara à l'âge de 61 ans, et qui vécut jusqu'à celui de 82. A l'ouverture du cadavre, on trouva un anévrisme du tronc de l'aorte, et les parois du vaisseau, dans ce même point, ossifiées : « *cum aneurysmate in trunco aortæ, crusta ossea* » *intus undique obducta.* » On voit que la confiance que cette méthode inspirait à son auteur, n'est fondée sur aucun fait positif, qu'elle ne peut être considérée que comme purement palliative, et qu'il serait absurde d'en espérer une guérison fondée sur le retour des parois de l'artère sur elles-mêmes, et le rétablissement des propriétés vitales qu'elles ont perdues. D'ailleurs, en

---

(1) Albertini et Valsalva imaginèrent cette méthode pendant qu'ils étaient encore étudians, et ils se promirent de l'éprouver en commun à la première occasion qui se présenterait à l'un ou à l'autre. Le premier malade sur lequel elle fut tentée échut à Valsalva.

supposant que les parois artérielles simplement dilatées pussent revenir sur elles-mêmes et reprendre leur état naturel à mesure que la quantité de sang diminue, comment reconnaître un anévrisme interne, lorsque la maladie ne consiste encore que dans la dilatation pure et simple des parois de l'artère? Et si l'anévrisme est assez avancé pour qu'il n'y ait aucun doute sur son existence, ce qui suppose toujours la rupture des tuniques musculeuse et interne, comment concevoir la possibilité de sa guérison par la méthode de Valsalva?

Mais si cette méthode ne guérit point les anévrismes internes, elle a au moins l'avantage d'en ralentir les progrès, d'en améliorer les symptômes, et d'en retarder le terme fatal. Dans un assez grand nombre de cas d'anévrismes de la crosse de l'aorte rapportés par des auteurs recommandables et très-dignes de foi, l'amélioration produite par la méthode de Valsalva, secondée de l'application des refrigérens sur la partie de la tumeur apparente à l'extérieur, et de l'usage intérieur de la digitale, a été si grande, et quelquefois de si longue durée, qu'on a pensé que l'anévrisme était entièrement guéri; mais tous les malades dont la guérison paraissait radicale, sont morts au bout d'un temps plus ou moins long; et dans ceux dont le corps a été ouvert, on a trouvé le sac anévrismal rempli de caillots lamelleux très-denses et très-épais; ensorte que le sang poussé dans l'aorte par le ventricule gauche du cœur, ne pouvant plus pénétrer dans ce sac, la pression latérale de ce liquide était absorbée en grande partie par ces caillots, et ne se faisait presque pas sentir sur les parois de la

poche anévrismale. On conçoit aisément qu'une disposition semblable est très propre à ralentir les progrès de l'anévrisme; mais elle ne peut pas les empêcher entièrement, et par conséquent ne doit pas être regardée comme une guérison radicale. On a observé en effet, comme nous l'avons dit plus haut, que les malades chez lesquels elle avait lieu, n'ont pas moins succombé à cette maladie au bout d'un temps plus ou moins long.

La méthode de Valsalva, secondée par les applications astringentes, a été employée généralement dans la vue de ralentir les progrès des anévrismes externes inopérables, et en a quelquefois procuré la guérison radicale. On trouve dans le Traité de Médecine opératoire de Sabatier, un exemple de ce succès. L'anévrisme faux consécutif était situé au-devant de l'extrémité humérale de la clavicule, et d'un volume très-grand; il fut guéri par le repos et un régime sévère, secondés par l'usage intérieur des pilules d'alun d'Helvétius, d'une boisson fort chargée d'eau de Rabel et de sirop de grande consoude, et par l'application sur la tumeur de sachets à moitié pleins de folle farine de tan, et fréquemment trempés dans du gros vin rouge. Nous avons vu nous-même un perruquier de la rue de Bourgogne, faubourg Saint-Germain, qui fut guéri d'un anévrisme commençant de l'artère poplitée, au bout de six mois de repos et d'un régime sévère, secondés par l'application de l'eau à la glace; mais les évènemens de ce genre sont extrêmement rares.

De tout ce que nous venons de dire, on peut conclure, 1.° que la méthode de Valsalva ne guérit point les ané-

vrismes internes, à quelque époque que ce soit de la maladie; 2.° que cette méthode secondée par l'usage intérieur de la digitale, et par les topiques réfrigérens, lorsque la tumeur se montre à l'extérieur, peut ralentir les progrès de ces anévrismes, en modérer les symptômes, et en retarder le terme fatal; 3.° que la même méthode, secondée par les applications d'eau très-froide, ou de glace pilée, peut être employée avec un espoir de succès mieux fondé dans certains anévrismes externes; 4.° enfin que l'on doit tenter cette méthode et les autres moyens dont nous venons de parler, dans les anévrismes que leur volume et leur situation ne permettent pas d'opérer.

Les seuls moyens vraiment curatifs de l'anévrisme externe, et dont l'efficacité est démontrée, sont la compression et la ligature de l'artère malade.

La compression du vaisseau affecté d'anévrisme a été pratiquée, 1.° au-dessus de la tumeur anévrismale; 2.° sur la tumeur elle-même; 3.° dans ces derniers temps, elle a été proposée et même pratiquée au-dessous de l'anévrisme. Mais quel que soit l'endroit où l'on place la compression, pour qu'elle soit faite avec quelqu'espoir de succès, il faut, 1.° que l'artère malade ne soit pas située trop profondément; 2.° qu'elle ait un point d'appui solide et invariable sur un os voisin; 3.° que le moyen compressif n'agisse que sur l'endroit qu'occupe le vaisseau malade, et sur le point diamétralement opposé; 4.° que l'artère sur laquelle on veut exercer la compression, fournisse au-dessus du point qui doit être comprimé, des branches collatérales assez nombreuses et

assez grosses pour entretenir la circulation et suppléer au tronc principal; 5.° enfin, que cette artère puisse être comprimée indépendamment des principaux troncs veineux du membre, afin de ne pas empêcher le retour du sang, ce qui occasionnerait un engorgement considérable, qui obligerait bientôt de renoncer à la compression.

Malgré la réunion de toutes ces circonstances favorables, il s'en faut de beaucoup que la compression soit toujours exempte d'inconvéniens: d'un côté, il est bien difficile de comprimer un vaisseau avec assez de force, d'exactitude et de constance, pour en tenir les parois rapprochées, et empêcher le passage du sang, sans donner lieu en même temps à une irritation plus ou moins forte des tégumens, à des douleurs violentes, à des ulcérations, et même à des escarres, surtout chez les femmes dont la peau est fine et délicate; en sorte qu'au bout d'un espace de temps assez court on se voit obligé de suspendre la compression, et quelquefois même d'y renoncer entièrement : d'un autre côté, quelque soin que l'on apporte à l'application de l'appareil, il est impossible qu'il ne gêne pas plus ou moins la circulation veineuse, et qu'il n'occasionne pas, surtout dans le commencement, un engorgement pâteux de toute la partie inférieure du membre : cet accident peut être porté au point de rendre la compression impraticable.

En exerçant la compression sur une artère au-dessus du lieu où se trouve la tumeur anévrismale dont elle est affectée, on s'est proposé non-seulement d'intercepter le cours du sang et de l'empêcher de parvenir jusqu'à l'a-

névrisme, mais encore de déterminer l'adhésion des parois de l'artère, et son oblitération dans le point comprimé. Il est aisé de concevoir combien est douteuse cette dernière manière d'agir de la compression. En effet, pour obtenir l'adhésion des parois de l'artère, il faudrait non-seulement que la compression fût sans cesse maintenue au point nécessaire pour empêcher entièrement le passage du sang, mais encore pour déterminer dans les tuniques de l'artère une véritable inflammation; or, un pareil degré de compression deviendrait bientôt insupportable, et on serait forcé de renoncer à ce moyen avant qu'il eût pu produire dans les parois artérielles l'état inflammatoire nécessaire à leur agglutination. Il est donc probable que ce n'est point en déterminant l'adhésion des parois de l'artère dans l'endroit même où elle agit, que la compression au-dessus de la tumeur produit la guérison de l'anévrisme; mais en empêchant le sang d'arriver dans le sac anévrismal avec assez de force pour le traverser, et pour entretenir la fluidité de celui qu'il contient; en favorisant, au contraire, la coagulation de ce dernier, et en déterminant ainsi l'oblitération de l'artère dans l'endroit même où elle est malade. Tous ces effets sont simples et faciles à comprendre : le sang contenu dans le sac anévrismal, une fois coagulé, perd peu-à-peu de son volume par l'absorption, et s'endurcit; en même-temps les parois du kyste reviennent sur elles-mêmes, et se confondent, pour ainsi dire, avec le caillot qu'elles embrassent, ensorte que la tumeur anévrismale est convertie en une espèce de nœud dur et consistant, qui diminue de plus en plus. L'oblitération de l'artère ne

se borne pas à la tumeur, elle s'étend plus ou moins au-dessus et au-dessous; mais il est difficile de dire si elle se prolonge jusqu'au point comprimé inclusivement et sans interruption. Je ne sache pas qu'on ait eu occasion de vérifier le fait sur les cadavres de personnes mortes après avoir été guéries d'un anévrisme par cette méthode. S'il faut en juger par analogie, cette oblitération continue de l'artère depuis la tumeur anévrismale jusqu'au point comprimé au-dessus, ne paraît ni un effet inévitable de la compression, ni une circonstance nécessaire à la guérison, puisque, comme nous le dirons dans la suite, on a trouvé la cavité de l'artère conservée entre le lieu où avait existé l'anévrisme, et celui où la ligature avait été placée, sur des sujets morts après avoir subi avec succès l'opération par la méthode de Hunter.

La compression de l'artère anévrismale au-dessus de la tumeur, nous paraît devoir être mise en usage toutes les fois que la situation de la maladie le permet; et que toutes les autres circonstances favorables à l'emploi de ce moyen se trouvent réunies. Elle est admissible même, non-seulement quand l'anévrisme est récent et peu volumineux, et qu'on a l'espoir d'obtenir une guérison radicale, mais aussi quand la tumeur est parvenue à un volume considérable, et qu'elle ne paraît laisser d'autre ressource que l'opération, pourvu toutefois que celle-ci ne soit pas urgente. Dans le premier cas, on peut obtenir un succès complet, et la guérison solide de l'anévrisme; nous en avons deux exemples que nous citerons à la fin de cet article : dans le second cas, quoique l'état avancé de la maladie ne permette pas d'espérer un succès

aussi complet, du moins, si la compression peut être pratiquée pendant quelque temps, comme un mois ou plus, fût-elle même incomplète, en diminuant le passage du sang à travers la tumeur, elle augmente la quantité de celui qui passe par les artères collatérales, favorise leur dilatation, et le succès de l'opération devient plus probable.

On a des exemples de guérison radicale de l'anévrisme vrai externe par la compression exercée sur la tumeur même, mais ils sont extrêmement rares. Parmi les praticiens qui ont fait usage de ce moyen, quelques-uns ont pensé qu'il était propre, non seulement à prévenir l'accroissement ultérieur de la tumeur, mais encore à ramener les parois artérielles dilatées vers l'axe du vaisseau, et à leur rendre la force qu'elles ont perdue; mais le ridicule de cette opinion n'a pas besoin d'être démontré; nous nous contenterons de remarquer que quand bien même il serait possible de rendre aux tuniques artérielles, débilitées par l'action d'une cause quelconque, la force qu'elles ont perdue, pour que la compression pût y contribuer, il faudrait que la dilatation du vaisseau fût toujours dirigée vers l'extérieur, et que la force comprimante pût l'embrasser dans toute son étendue et agir sur tous les points de sa circonférence, ce qui est absolument impossible. La compression exercée sur la tumeur n'agit efficacement et ne procure la guérison de l'anévrisme, qu'autant qu'elle détermine l'oblitération de l'artère malade; mais pour produire cette oblitération, la compression doit agir différemment, selon que l'anévrisme est récent et

petit, ou qu'il est ancien et volumineux. Dans le premier cas, le sang conserve sa fluidité dans la tumeur et y circule librement, ou s'il s'y coagule, le caillot qu'il y forme est mou et petit ; alors la tumeur est réduite entièrement par la compression ; les parois de l'artère sont mises en contact immédiat, et l'oblitération ne peut avoir lieu que par l'adhésion de ces mêmes parois. Dans le second cas, où l'anévrisme contient une masse de caillots, si la compression est légère, elle peut repousser la tumeur toute entière vers le vaisseau lésé ; le ralentissement ou la suppression totale de la circulation peut augmenter la masse et la dureté du caillot, et la guérison peut avoir lieu par un mécanisme à-peu-près semblable à celui déjà exposé ci-dessus; si la compression est forte au contraire, elle peut écraser la masse de concrétions polypeuses qui remplit la tumeur, et cette masse, quoiqu'écrasée, n'absorbe pas moins une grande partie de la force comprimante, dont l'action se borne presqu'entièrement alors à fatiguer la peau, à l'enflammer, à l'ulcérer, et par conséquent à hâter l'ouverture de l'anévrisme. Il est facile de voir d'après cela, que cette manière de pratiquer la compression ne peut que rarement avoir le même succès que le mode précédemment exposé, et c'est aussi ce que l'expérience démontre.

On a pensé dans ces derniers temps que la compression de l'artère au-dessous de la tumeur anévrismale pourrait être employée contre les anévrismes situés trop près du tronc pour être opérés, tels que ceux de l'artère axillaire, et de la crurale au pli de l'aine. Cette

idée a été suggérée par ce qui arrive au sang, lorsqu'il est arrêté dans un vaisseau lié ou comprimé : on sait qu'alors ce liquide, privé de mouvement, se coagule, et que le vaisseau s'oblitère au-dessus et au-dessous de l'endroit lié ou comprimé, jusqu'aux branches collatérales d'une certaine grosseur. On avait donc imaginé qu'en comprimant l'artère malade au-dessous de la tumeur, on déterminerait la coagulation du sang qu'elle contient, et par conséquent l'oblitération du vaisseau depuis l'endroit où il serait comprimé, jusqu'à la tumeur inclusivement, et même au dessus. Mais l'expérience n'a point justifié ce raisonnement : la compression a été promptement suivie de l'augmentation du volume et des pulsations de la tumeur, et l'on a été forcé d'y renoncer.

Enfin, on a pratiqué la compression au moyen du bandage appelé expulsif, étendu sur tout le membre, et tel qu'on l'emploie ordinairement dans le cas d'œdème. On s'est proposé par ce moyen de faire disparaître l'engorgement pâteux du membre qui accompagne quelquefois l'anévrisme, de résister à l'effort latéral du sang dans la tumeur, et de favoriser la coagulation de celui qu'elle contient. Mais cette sorte de compression, employée avec succès par Theden dans un cas d'anévrisme variqueux, ne convient nullement dans le traitement de l'anévrisme vrai externe dont il s'agit ici.

De tout ce que nous venons de dire sur la compression, considérée comme moyen curatif des anévrismes externes, il résulte, 1.° que la compression de l'artère au-dessus de l'anévrisme, doit être tentée toutes les fois

que la tumeur est d'un volume médiocre; mais qu'il faut en continuer l'usage pendant long-temps, si l'on veut qu'elle remplisse l'objet qu'on se propose; qu'on doit l'employer aussi dans les cas où il ne reste de ressource que dans l'opération, pourvu que cette dernière ne soit pas urgente, parce qu'elle en assure le succès; 2.° que la compression de la tumeur elle-même a réussi quelquefois, mais qu'elle ne mérite pas la préférence sur le mode précédent; 3.° que celle que l'on pourrait pratiquer au-dessous de la tumeur, paraît plutôt propre à aggraver la maladie qu'à la guérir; 4.° que la compression exercée par un bandage expulsif ne peut être d'aucune utilité dans les anévrismes vrais; 5.° enfin, que toute compression employée dans des vues curatives doit être secondée par le repos, par un régime convenable, et par les applications locales les plus propres à en favoriser l'effet.

Il est inutile de décrire les différens bandages ou moyens mécaniques propres à exercer la compression; on peut consulter à cet égard Guattani, Arnaud, Heister, Scultet, etc. Nous nous contenterons d'indiquer d'une manière générale les principales conditions que ces moyens doivent réunir.

Tout moyen propre à exercer la compression d'une artère au-dessus de la tumeur anévrismale dont elle est attaquée, doit agir exactement sur le vaisseau et borner son action à cette même partie. La compression doit s'étendre à une assez grande longueur de l'artère, afin de ne pas exposer la peau à l'inflammation et à la mortification, comme il arrive quand elle est bornée à une

trop petite étendue ; elle doit aussi ne pas porter sur un trop grand espace, afin de n'oblitérer que le moins possible de branches communiquantes. L'instrument avec lequel on veut exercer la compression, doit être construit de manière que son action puisse être graduée à volonté, afin de laisser aux parties molles le temps de s'accoutumer à la gêne qu'elles éprouvent. Enfin, sans gêner la circulation dans le membre, le moyen compressif doit agir avec assez de force pour empêcher le sang d'arriver dans la tumeur, et être construit et appliqué de manière à n'éprouver aucun déplacement dans les divers mouvemens de la partie.

La ligature de l'artère affectée d'anévrisme est le moyen le plus efficace que l'on puisse mettre en usage pour la guérison de cette maladie; c'est aussi celui qui est le plus généralement employé de nos jours. Les progrès de la chirurgie sont extrêmement sensibles à cet égard depuis trente ou quarante ans : aujourd'hui on n'hésite point à découvrir une artère et à en faire la ligature toutes les fois que la chose est nécessaire et praticable. On doit recourir à ce moyen lorsque la compression est inadmissible, ou qu'elle a été tentée inutilement, pourvu que l'on puisse suspendre le cours du sang, en comprimant le vaisseau au-dessus de l'anévrisme.

Toutefois il est bon d'observer que cette dernière condition n'est absolument nécessaire qu'autant qu'on ouvre la tumeur avant de lier l'artère; car lorsqu'on lie ce vaisseau au-dessus de la tumeur sans toucher à celle-ci, la ligature peut être faite quoiqu'on ne puisse pas

suspendre le cours du sang, en comprimant l'artère au-dessus de la tumeur.

Il y a deux manières de pratiquer l'opération de l'anévrisme, ou de faire la ligature de l'artère pour guérir cette maladie; savoir, la méthode ancienne ou ordinaire, qui consiste à ouvrir la tumeur et à lier l'artère au-dessus et au-dessous, et la méthode de Hunter, laquelle consiste à lier l'artère au-dessus de la tumeur, sans toucher à celle-ci. Dans ces derniers temps, on a proposé et même pratiqué une troisième méthode, qui consiste à lier l'artère au-dessous de la tumeur, sans ouvrir celle-ci; mais on prévoit d'avance, d'après ce que nous avons dit de la compression exercée au dessous de la tumeur, quel a dû être le résultat de cette opération. Nous allons examiner successivement chacune de ces méthodes.

Dans l'opération de l'anévrisme suivant la méthode ordinaire ou ancienne, on ouvre la tumeur, on la débarrasse du sang et des caillots qu'elle contient, et on lie l'artère au-dessus et au-dessous du lieu de son altération ou de son ouverture. Cette opération suppose nécessairement la possibilité de suspendre entièrement et à volonté le cours du sang par la compression exercée sur l'artère au-dessus de la tumeur.

Avant d'entreprendre cette opération, il faut préparer l'appareil, qui se compose d'un tourniquet, d'un ou de plusieurs bistouris droits, d'une sonde cannelée, d'une algalie de femme, ou d'un gros stylet, de trois ou quatre aiguilles courbes, réunissant les conditions dont il est parlé à l'article des Opérations en général, et plus ou moins grandes, selon la grosseur de l'artère malade;

chacune de ces aiguilles doit être enfilée d'un lien composé de plusieurs brins de fil ciré, disposés parallèlement entr'eux et en forme de ruban; ces ligatures doivent avoir été préparées récemment, et être suffisamment cirées, pour ne pas se relâcher dans l'intervalle du premier au second nœud; de plus, on aura d'autres fils de différentes grosseurs, une pince à disséquer, des éponges fines, de la charpie, des compresses et une bande.

Le malade étant placé sur une table garnie d'un matelas, ou sur un lit assez élevé pour que le Chirurgien puisse agir commodément, sans être obligé de trop se baisser, la première chose à faire, c'est de se rendre maître du sang, en plaçant un tourniquet sur l'artère principale du membre affecté, ou en faisant comprimer cette artère par un aide, ou encore mieux en employant l'un et l'autre de ces moyens, lorsque cela est possible. Nous indiquerons les endroits où l'on peut comprimer les artères principales des membres, pour suspendre le cours du sang pendant une opération, et les différentes manières de faire cette compression, à l'article des amputations.

Le cours du sang étant entièrement suspendu, ce qu'on connaît à la cessation des battemens de la tumeur, on met le membre dans une situation commode pour le Chirurgien et pour le malade, et on le fait assujettir par des aides. Ensuite, avec un bistouri tenu comme pour couper de dehors en dedans, on fait une incision longitudinale à la peau qui couvre la tumeur. La direction et l'étendue de cette incision sont deux objets très-importans et méritent la plus grande attention. Sa direc-

tion doit toujours être la même que celle de l'artère malade, quelles que soient d'ailleurs la forme et la situation de la tumeur. Si l'on donnait une autre direction à l'incision, l'artère ne se trouverait pas à découvert, et l'on aurait beaucoup de peine à la lier; on serait peut-être obligé de couper en travers la lèvre de l'incision sous laquelle ce vaisseau se trouverait caché: il pourrait même arriver malgré cela, qu'on plaçât la ligature à côté de l'artère, ou, ce qui serait plus fâcheux encore, que l'on traversât ce vaisseau avec l'aiguille.

Quant à l'étendue de l'incision, elle ne doit pas être bornée à celle de la tumeur; il faut la prolonger à deux ou trois pouces au-dessus et au-dessous: il ne saurait y avoir aucun inconvénient à donner une grande étendue à cette incision; mais il y en aurait beaucoup à la faire trop petite. Les Chirurgiens qui, par timidité, ou par un ménagement mal entendu pour le malade, craignent de faire l'incision de la peau trop grande, se trouvent fort souvent embarrassés lorsqu'il s'agit de faire la ligature. Nous avons observé, en effet, que les plus grandes difficultés de l'opération de l'anévrisme viennent principalement de ce que l'incision extérieure est trop petite, et qu'on lève ces difficultés en donnant à cette incision la longueur convenable.

Après qu'on a incisé les tégumens, au lieu de couper avec une circonspection déplacée et qui alonge l'opération, l'une après l'autre les lames celluleuses qui composent le sac anévrismal, on doit plonger le bistouri dans la tumeur, et faire à sa partie moyenne une ouverture assez grande pour recevoir le doigt indicateur de

la main gauche; ce doigt étant introduit dans cette ouverture, on s'en servira comme d'un conducteur pour ouvrir la tumeur d'un bout à l'autre, avec un bistouri, conduit d'abord de haut en bas, et ensuite de bas en haut. Aussitôt que la pointe du bistouri a pénétré dans la tumeur, le sang liquide et vermeil qu'elle contient, s'échappe en formant un jet considérable, et qui pourrait causer quelqu'inquiétude, si son effusion ne cessait bientôt, et si l'on n'était sûr, d'ailleurs, que l'artère est exactement comprimée.

Le sac anévrismal étant ouvert, on le débarrasse complètement des caillots et du sang liquide qu'il contient, et pour absterger plus exactement l'intérieur de ce sac, on le lave avec une éponge; cependant, si quelques caillots tenaient trop fortement, on les abandonnerait à la suppuration, qui ne manque pas de les détacher dans la suite. Cela fait, on examine attentivement le fond de la cavité, et l'on ne tarde pas à distinguer un point jaunâtre, qui indique la paroi de l'artère opposée à celle qui est lésée, et par conséquent le lieu de son ouverture. Si l'on éprouvait quelque difficulté, elle serait bientôt levée, en faisant suspendre la compression, et en observant attentivement le lieu d'où vient le sang. Quand on est sûr de la situation de l'artère, on procède à la ligature de la manière suivante : on introduit dans l'ouverture une algalie de femme, s'il s'agit de l'artère crurale, de la poplitée ou de la brachiale; ou un gros stylet, si c'est la radiale ou la cubitale : cet instrument doit être dirigé vers la partie supérieure du vaisseau, et l'on juge qu'il est parvenu dans sa cavité

par la facilité avec laquelle on peut le faire pénétrer plus avant. Alexandre Monro et tous ceux qui, après lui, ont conseillé d'introduire une sonde ou un stylet dans l'artère, se sont servis de cet instrument dans l'intention de soulever le vaisseau et de le détacher des parties voisines, afin de pouvoir l'embrasser plus sûrement avec la ligature sans y comprendre en même temps les nerfs qui, pour l'ordinaire, accompagnent les grosses artères des extrémités; mais le plus souvent les adhérences de l'artère avec les parties voisines sont devenues si intimes, qu'il est impossible de la soulever et de l'isoler de la sorte, et que si l'on employait une force suffisante pour en venir à bout, on s'exposerait à la déchirer. Nous nous servons de la sonde dans une autre vue : sa dureté, sa forme nous font reconnaître la position et la direction de l'artère, et nous fournissent le moyen de saisir exactement celle-ci avec les doigts sans la déplacer, et de la comprendre sûrement dans la ligature sans être exposés à la traverser avec l'aiguille, ce qui serait plus fâcheux encore que de la manquer.

Aussitôt que la sonde est introduite dans la cavité de l'artère, on en confie l'extrémité à un aide, qui est chargé de la tenir ferme sans la soulever, et on pince l'artère sur la sonde avec le pouce et le doigt indicateur de la main gauche, enfonçant ces doigts assez avant pour que leur extrémité dépasse, s'il est possible, le diamètre du vaisseau. On prend alors une aiguille courbe d'une grandeur proportionnée au calibre de l'artère malade, et enfilée d'une ligature large et telle que nous l'avons décrite ci-dessus. Une ligature étroite et cylin-

drique couperait l'artère avant son entière oblitération. La ligature doit être assez longue pour former deux chefs égaux qui, coupés auprès de l'aiguille, puissent être séparés, noués et serrés d'une manière commode. L'aiguille sera saisie de la main droite, l'index et le doigt du milieu appuyés sur la partie moyenne de sa convexité, et le pouce placé dans sa concavité; on fera glisser sa pointe sur l'ongle du doigt indicateur de la main gauche, et on l'enfoncera perpendiculairement dans le tissu cellulaire; après l'avoir portée à une profondeur convenable, on la fera passer sous l'artère, puis sortir du côté opposé sur l'ongle du pouce; de cette manière, le vaisseau se trouvera sûrement compris dans la ligature avec une certaine quantité de tissu cellulaire. Lorsqu'on aura tiré suffisamment le fil, on le coupera près de l'aiguille. Ensuite, on retirera la sonde; et portant l'index de la main gauche sur l'artère, tandis qu'on saisit de la droite les deux bouts de l'une des deux ligatures, et qu'on les tend en sens contraire de la pression du doigt, on fait suspendre la compression, et on s'assure si les ligatures embrassent bien l'artère. Si le sang ne paraît pas, c'est une preuve qu'elles sont placées convenablement; alors on introduit de nouveau la sonde, on pince l'artère avec elle comme la première fois, et l'on passe de la même manière une seconde double ligature, à cinq ou six lignes au-dessus de la première, et en comprenant une plus grande quantité de parties molles avec le vaisseau; par là, cette ligature, qui est celle d'attente, se trouve placée à une plus grande profondeur; précaution importante, et sans laquelle cette

ligature, si elle restait long-temps en place, pourrait donner lieu à l'hémorragie consécutive, attendu qu'elle coupe les parties qu'elle embrasse, même sans qu'elle soit serrée. On prend ensuite l'un des chefs de la première double ligature, c'est-à-dire de l'inférieure, on l'isole avec soin de l'autre chef, et l'on fait à nu sur l'artère un premier nœud simple, que l'on serre en tirant le fil transversalement, sur l'extrémité des pouces profondément enfoncés dans la plaie. Lorsqu'on juge que le nœud est assez serré, on fait suspendre la compression, et si le sang ne paraît pas, on arrête ce premier nœud, en en faisant un autre par-dessus. Cela fait, on introduit la sonde dans le bout inférieur de l'artère, on la saisit, et on passe une double ligature avec les mêmes précautions; on noue l'un des chefs de cette ligature de la même manière que celui de la ligature supérieure. On liera ensuite les petites artères qui auront pu être divisées durant le cours de l'opération; l'on fera mieux encore en les liant à mesure qu'elles seront ouvertes.

La manière de serrer les ligatures par des nœuds simples, telle que nous l'avons conseillée, mérite la préférence sur le nœud du Chirurgien, qui est recommandé par plusieurs praticiens. Ce nœud a l'inconvénient de n'être serré qu'avec peine, de ne pas effacer complètement la cavité de l'artère, quoiqu'on emploie une grande force pour le serrer. Chacun conçoit facilement le mécanisme de ce mode vicieux de ligature, et ses inconvéniens seront rendus très-manifestes par l'observation suivante. Chopart opéra sur un jardinier, un anévrisme de

l'artère poplitée, en présence des Professeurs les plus distingués de l'ancienne Ecole de chirurgie. Les ligatures ayant été placées, et la première étant serrée par le nœud du Chirurgien, la compression fut supprimée, mais le sang coula abondamment. Une seconde, une troisième ligatures furent placées et serrées de la même manière, avec aussi peu de succès. Après quelques instans de délibération, cet accident fut attribué à l'ossification des parois de l'artère, ou à toute autre disposition inconnue, et il fut décidé qu'on pratiquerait l'amputation, ce qui fut exécuté sur-le-champ. A l'examen du membre, l'artère fut trouvée dans son état naturel; elle était embrassée par les trois ligatures, mais quoique ces ligatures eussent été serrées le plus fortement possible, aucune n'avait effacé complètement la cavité du vaisseau; en sorte qu'un gros stylet y pénétra facilement. Ce fait suffirait seul pour faire proscrire à jamais le nœud du Chirurgien dans l'opération de l'anévrisme.

La constriction circulaire de l'artère a été blâmée par plusieurs auteurs; ils ont dit qu'en fronçant les parois du vaisseau, et en comprimant inégalement, elle les disposait à se rompre avant son oblitération. En conséquence, ils ont substitué à cette constriction circulaire de l'artère son aplatissement, en la comprimant immédiatement en deux sens opposés. Pour cela, les uns ont placé entre la ligature et l'artère, un corps cylindrique d'une certaine épaisseur et un peu souple, comme un rouleau de linge, un morceau de liége, etc., les autres se sont servis d'instrumens particuliers, parmi lesquels le *presse-artère* de M. Deschamps est celui qui nous paraît le mieux ima-

giné, et auquel nous donnons la préférence. Mais lorsqu'on examine la chose sans prévention, on voit d'un côté qu'on a exagéré les inconvéniens de la constriction circulaire des artères, et de l'autre, les avantages de son aplatissement. Dans toutes les opérations d'anévrisme par l'ouverture du sac, que j'ai pratiquées, j'ai serré les ligatures sans interposer aucun corps étranger, et je n'ai pas remarqué que l'artère ait été coupée plus promptement que dans le cas où cette interposition avait eu lieu. Ne voit-on pas d'ailleurs dans l'amputation de la cuisse, que quoi que l'artère crurale soit comprimée circulairement par la ligature qui l'embrasse immédiatement, il est extrêmement rare qu'elle soit coupée avant son entière oblitération? Il n'y a donc, je pense, aucun avantage dans l'opération de l'anévrisme par l'ouverture du sac, à placer un corps quelconque entre la ligature et l'artère, ou à se servir d'un instrument pour l'aplatir. Néanmoins, dans le cas extrêmement rare où la rigidité des parois de l'artère serait un obstacle à leur froncement, et empêcherait la ligature circulaire de les rapprocher au point d'effacer la cavité du vaisseau, on pourrait se servir utilement du presse-artère de M. Deschamps. Dans les cas ordinaires, cet instrument n'aurait d'autre avantage que celui de permettre d'augmenter la constriction de l'artère, s'il survenait une hémorragie par le relâchement de la ligature; avantage qu'on trouve aussi dans le sligatures d'attente, lorsque l'artère a été liée circulairement.

Le nombre des ligatures que nous plaçons, pourra paraître trop grand; et en effet, il en reste toujours quatre d'attente, dont trois supérieurement et une infé-

rieurement; mais si l'on réfléchit que l'hémorragie consécutive est l'accident le plus fréquent et le plus redoutable qui puisse survenir après l'opération de l'anévrisme, et qu'elle peut avoir lieu soit par le relâchement prématuré de la ligature, trop peu serrée dans le principe, soit parce que l'artère aura été divisée avant qu'elle ait eu le temps de s'oblitérer, on verra que ces ligatures ne sont pas trop nombreuses, et qu'elles sont de la plus grande importance. En effet, si l'hémorragie qui survient par le bout supérieur de l'artère, dépend de la première cause, en serrant le second chef de la première ligature, on peut arrêter le sang; mais si ce liquide s'échappe par une ouverture du vaisseau que la première ligature a divisé avant son oblitération, le second fil se trouvant placé dans cette division elle-même, ne peut être d'aucune utilité; alors l'un des chefs de la ligature d'attente supérieure est une ressource précieuse, et il reste encore un lien qui pourrait devenir utile à son tour, en cas de relâchement trop prompt de la ligature d'attente. Une grande partie, très-souvent même la totalité de ces fils, est inutile sans doute; mais quand ces précautions ne devraient avoir leur utilité qu'une fois sur vingt opérations d'anévrisme, c'en serait assez pour consacrer une pratique que la prudence conseille, et qu'on ne serait pas excusable d'avoir négligée, au risque d'une hémorragie par laquelle on peut être surpris à tout instant, et qui peut devenir mortelle en peu de temps. D'ailleurs, le séjour de ces fils n'a d'autre inconvénient que d'entretenir la suppuration tant que leur séjour se prolonge, et cet inconvénient peut être réduit à bien peu de chose, si on a le

soin de les enlever quand la suppuration est bien établie, et que le temps où l'on doit craindre l'hémorragie est passé.

On ne doit jamais omettre de lier le bout inférieur de l'artère, quoique plusieurs aient regardé cette précaution comme inutile. L'expérience a démontré que les malades sur lesquels on n'a pas fait cette ligature, sont exposés à des hémorragies primitives ou consécutives, qui peuvent avoir des suites funestes.

Pour prévenir ces hémorragies, on a conseillé de comprimer l'artère au-dessous de l'endroit où elle est déchirée; mais cette compression, qui est toujours moins sûre que la ligature, a le grand inconvénient de gêner la circulation dans les artères collatérales, d'empêcher le retour du sang veineux et de la lymphe, et par conséquent de favoriser la mortification du membre.

Peut-on comprendre sans danger dans la même ligature l'artère et le principal cordon nerveux d'un membre? La solution de cette question est d'autant plus intéressante, que quelquefois les progrès et l'étendue d'une tumeur anévrismale ont tellement altéré la structure ou la forme d'un tronc nerveux voisin, qu'il n'est pas possible de l'en distinguer; ou bien ce tronc nerveux est devenu tellement adhérent à la tumeur ou au vaisseau, qu'il est bien difficile de l'en séparer, si l'on parvient à le distinguer. Thierry, médecin de Paris, a fait des expériences, desquelles il résulte que l'on peut lier sans inconvénient, sur des chiens vivans, l'artère principale d'un membre avec les nerfs qui l'avoisinent: mais il n'en est pas de même sur l'homme; l'observation a appris

que toutes les fois qu'il est arrivé de comprendre dans la même ligature l'artère, et tous ou presque tous les troncs nerveux d'un membre, le plexus brachial, par exemple, ou le nerf sciatique, la gangrène n'a pas manqué de survenir au bout de peu de jours. Cependant, il est prouvé par des exemples, qu'on peut lier ensemble, sans de grands inconvéniens, l'artère et l'un des principaux cordons nerveux, comme le médian. Néanmoins, nous pensons qu'il vaut mieux l'éviter autant qu'il est possible, ne fût-ce qu'à cause des douleurs vives qui doivent nécessairement résulter de sa constriction.

Plusieurs auteurs, et notamment Bertrandi, ont conseillé un procédé opératoire bien différent de celui que nous venons de décrire. Il consiste à inciser la peau qui recouvre la tumeur, à disséquer celle-ci, à lier l'artère au-dessus et au-dessous, puis à ouvrir le sac anévrismal, dont on emporte la plus grande partie, après avoir ôté le sang qu'il contient. Ce procédé, dont les inconvéniens sont trop manifestes pour qu'il soit nécessaire de les exposer, est entièrement abandonné aujourd'hui.

La seconde manière de pratiquer l'opération de l'anévrisme est connue sous le nom de nouvelle méthode, méthode d'Anel ou de Hunter. Anel dit qu'étant à Rome, il y fit, le 30 janvier 1710, l'opération de l'anévrisme au pli du bras à un Missionnaire du Levant, en présence de Lancisi, et de plusieurs autres personnes de sa profession. L'anévrisme était survenu à la suite d'une saignée. Anel pratiqua l'opération de la manière suivante : le cours du sang étant suspendu par le moyen du tourniquet, il incisa les tégumens sur le trajet de l'artère bra-

chiale, au-dessus du siège de l'anévrisme, sans toucher en aucune manière à la tumeur; il chercha l'artère, la sépara des parties voisines, et notamment du nerf médian, et l'ayant fait soulever à l'aide d'une érigne, il la lia le plus près de la tumeur qu'il fut possible. Cette ligature faite et le tourniquet lâché, un petit rameau musculaire, qui avait été coupé en disséquant l'artère, ayant donné du sang, il fit serrer de nouveau le tourniquet et lia derechef l'artère un peu plus haut. Alors le tourniquet étant relâché, il n'y eut plus d'hémorragie ni de pulsations dans la tumeur. Le malade fut mis à la diète et saigné trois fois. Le lendemain de cette opération, le malade était sans fièvre, et l'on sentait très-distinctement au poignet les battemens de l'artère radiale. La première ligature tomba le 17 février, et la seconde le 27 du même mois, sans qu'il survînt la plus légère hémorragie. Le 5 mars, la plaie était cicatrisée, et cet homme se servait très-bien de son bras. La tumeur disparut peu-à-peu, et de telle manière qu'il fut impossible, après le traitement, de pouvoir déterminer le lieu où l'anévrisme avait existé.

On ne doit pas confondre, comme l'ont fait quelques auteurs, ce procédé opératoire avec celui qu'on a mal-à-propos attribué à Guillemeau, puisqu'il a été décrit par les auteurs les plus anciens, tels qu'Aëtius, Paul d'Egine, etc., et qui consiste à lier l'artère au-dessus de la tumeur, à ouvrir ensuite celle-ci, à la débarrasser du sang qu'elle contient, et à remplir sa cavité avec le médicament que l'on juge convenable.

Molinelli, dans le second volume des Mémoires de

l'Institut de Bologne, a rappelé l'observation d'Anel, perdue, pour ainsi dire, dans un gros recueil d'observations sur la fistule lacrymale, mais il n'en a parlé que pour blâmer le procédé qu'Anel avait employé. Selon lui, les vaisseaux collatéraux qui s'ouvrent dans le sac anévrismal doivent, en y versant le sang, entretenir ou reproduire la maladie. L'exemple qu'Anel avait donné de lier l'artère au-dessus de la tumeur anévrismale sans toucher à cette dernière, fut donc perdu pour la pratique jusqu'au mois de juin 1785. Mais à cette époque, Desault, à Paris, entreprit la cure d'un anévrisme de l'artère poplitée d'après cette méthode; et dans l'intention de conserver le plus grand nombre possible de communications, il découvrit l'artère immédiatement au-dessus de la tumeur, et la lia dans le point le plus élevé du jarret. L'anévrisme diminua beaucoup d'abord, puis s'ouvrit le dix-neuvième jour, et donna issue à du pus et à du sang; l'ouverture resta fistuleuse, et le malade mourut huit mois après des suites d'une carie du tibia. Dans le cours de la même année, Hunter entreprit avec succès une opération de ce genre à l'hôpital Saint-Georges, mais avec des modifications importantes. Au lieu de lier l'artère immédiatement au-dessus de la tumeur, il pensa qu'il serait plus avantageux de placer la ligature à quelque distance au-dessus, afin de ne pas provoquer l'inflammation de la tumeur, et d'opérer dans un point où la situation de l'artère ne fut pas dérangée, ni sa structure altérée. Il présuma, avec raison, que si l'on parvenait de cette manière à détruire dans le sac anévrismal la force de la circulation, on enlèverait en

même temps la cause de la maladie, et que la tumeur disparaîtrait peu-à-peu par l'effet de l'absorption. En conséquence, il pratiqua, au mois de décembre 1785, l'opération à laquelle on a donné son nom, sur un cocher âgé de 45 ans, qui portait un anévrisme de l'artère poplitée. Il fit une incision à la partie antérieure et interne de la cuisse, un peu au-dessus de sa partie moyenne. Il mit à nu le *fascia lata* dans un espace de trois pouces, incisa cette aponévrose dans l'étendue d'environ douze lignes, passa le bout d'une spatule mince entre l'artère et les parties qui lui adhèrent sur les côtés et en arrière, de manière à la dégager complètement; il conduisit ensuite au-dessous de ce vaisseau une double ligature au moyen d'une sonde à œil, et lia l'artère en deux endroits, mais assez légèrement pour appliquer seulement ses parois les unes contre les autres : il fit de la même manière deux autres ligatures un peu plus bas. Ce qui le détermina à faire ces quatre ligatures, fut que chacune d'elles étant peu serrée, ne suffisait pas pour intercepter entièrement le cours du sang, ce que faisaient les quatre ensemble. Hunter pensait qu'il valait mieux comprimer une grande étendue de l'artère, que de faire une forte pression sur l'un de ses points. Il réunit la plaie immédiatement, et la cure, très-lente, fut traversée par plusieurs accidens, et entr'autres par une hémorragie, et par plusieurs abcès consécutifs causés par le séjour des ligatures.

Du vivant de Hunter, et depuis sa mort, cette opération a été pratiquée avec des succès différens, tant en Angleterre qu'en France et en Italie. En France,

Chopart opéra un malade à l'hôpital du Collège de Chirurgie; la gangrène survint et se borna à la partie moyenne de la jambe; le malade mourut. Desault pratiqua une seconde fois cette opération, en suivant exactement le procédé de Hunter, mais sans succès. Elle a encore été pratiquée dans ces derniers temps, mais avec des succès variés, par Brasdor, MM. Pelletan, Deschamps, Roux, etc. Mirault, d'Angers, a employé cette même méthode opératoire pour un anévrisme faux consécutif de l'artère brachiale, et le malade a parfaitement guéri.

De trois malades opérés par M. Deschamps, à l'hôpital de la Charité, pour des anévrismes de l'artère poplitée, l'un est guéri sans accident; il a exercé pendant longtemps la profession de cocher de fiacre; il ne lui restait de sa maladie qu'une tumeur dure, à peine sensible; un second est guéri après avoir perdu deux orteils par la gangrène; enfin, le troisième est mort d'une infiltration purulente de tout le membre.

Deux malades opérés dernièrement par M. Roux, à l'hôpital de la Charité, pour des anévrismes de l'artère poplitée, sont guéris; mais chez l'un d'eux il s'est formé sur la partie externe supérieure du pied, une escarre dont la chute a laissé à découvert une portion du cinquième os du métatarse, ce qui a rendu la guérison très-longue.

On voit d'après ce qui vient d'être dit, que l'opération pratiquée par Hunter, diffère assez de celles qui furent faites antérieurement par Anel et par Desault, pour qu'on ait pu, avec raison, lui conserver le nom de mé-

thode de Hunter. Si l'on considère en outre que ce chirurgien l'a pratiquée plusieurs fois avec succès dans le cas où elle convient davantage, c'est-à-dire, dans l'anévrisme de l'artère poplitée, qu'il y mit une importance toute particulière, et qu'il employa tous ses soins pour la faire connaître et adopter, on conviendra que c'est avec raison qu'on a attaché le nom de Hunter, plutôt que celui d'Anel ou de Desault, à l'opération dont il s'agit.

La méthode de Hunter étant applicable à un certain nombre d'artères, et devant être exécutée sur ces diverses artères, d'une manière différente, il est difficile d'en donner une description générale. L'exécution, au reste, en est beaucoup plus simple et plus facile que celle de l'opération par la méthode ancienne. Il s'agit seulement de mettre à nu l'artère, d'y appliquer deux, ou un plus grand nombre de ligatures, dans un endroit plus ou moins éloigné de la tumeur.

M. Scarpa a apporté à la méthode de Hunter des changemens importans : après avoir découvert l'artère dans une étendue égale à celle de la plaie extérieure, il porte l'index de la main gauche dans le fond de l'incision, sépare peu-à-peu avec l'extrémité de ce doigt, le vaisseau du tissu cellulaire qui l'unit aux parties voisines : lorsqu'il l'a entièrement dégagé, il le soulève seul, ou avec la veine correspondante. Dans ce dernier cas, l'artère et la veine étant élevées au niveau des tégumens, il les sépare avec les doigts de l'autre main, ou avec une spatule; il passe ensuite derrière l'artère dénudée et soulevée, une aiguille fenêtrée, courbe, à pointe mousse, et garnie de deux cordons cirés, composés de six fils

chacun ; il fait deux nœuds simples, et place entre le fil et l'artère, avant de les serrer, un petit cylindre de toile roulée, long de six lignes, large de trois, sur lequel il noue les fils, et les serre assez fortement pour mettre les parois opposées de l'artère dans un contact intime. Il remplit ensuite la plaie de charpie mollette, et en recouvre les lèvres avec un plumasseau, enduit de digestif animé. Le reste du pansement n'offre rien de particulier.

La méthode de Hunter a encore été modifiée de diverses manières. Jones, chirurgien anglais, a proposé de ne placer les ligatures que pour un moment, dans le but seulement de rompre les membranes interne et moyenne; cette constriction momentanée doit, selon ce Chirurgien, déterminer l'inflammation adhésive de la membrane celluleuse restée seule intacte, et même des membranes rompues ; cette adhérence produit simultanément l'oblitération du vaisseau, le développement des branches collatérales et la disparition progressive de la tumeur, comme dans le cas où les ligatures restent jusqu'à ce qu'elles tombent d'elles-mêmes.

M. Maunoir aîné a proposé dans le même but de rompre les membranes interne et moyenne de l'artère avec une pince, dont les mors, au moment de se toucher, seraient parallèles entre eux. Ces deux procédés n'ont pas été accueillis favorablement par les praticiens, et il ne paraît pas même que les inventeurs les aient mis en pratique.

Un autre procédé beaucoup plus important est celui de M. Dubois : il consiste à n'interrompre que par degrés

la circulation dans le vaisseau anévrismatique, en ne comprimant l'artère que peu-à-peu, au moyen d'une seule ligature et du presse-artère de M. Deschamps. La tumeur ne cesse qu'au bout de quelques jours de présenter des pulsations, et ce changement a lieu quelquefois avant l'entière oblitération du vaisseau; dès-lors la ligature cesse d'être nécessaire. Ce procédé a réussi deux fois entre les mains habiles de ce Chirurgien. Une troisième tentative a été infructueuse. L'opération de Hunter ainsi modifiée paraît offrir deux avantages importans : celui d'intercepter le cours du sang par degrés, et celui de déterminer l'oblitération de l'artère sans la couper; mais ce dernier avantage n'est pas réel : car si l'artère est oblitérée au quatrième jour, par exemple, il n'y a pas d'inconvénient à ce qu'elle soit coupée, et par suite aucun avantage à ce qu'elle ne le soit pas. Il serait préférable de desserrer seulement la ligature, et de la laisser en place pour s'en servir au besoin.

L'hémorragie consécutive étant un des accidens les plus communs et les plus graves de l'opération de l'anévrisme, diverses modifications ont été proposées dans le but de la prévenir. Les procédés de MM. Jones et Maunoir paraîtraient propres à mettre à l'abri de cet accident, si d'ailleurs ils étaient praticables. Celui de M. Dubois est plus favorable à cet égard.

Enfin, on a proposé comme un moyen capable de prévenir l'hémorragie consécutive, la section de l'artère entre deux ligatures. On a pensé que la rétraction du tissu artériel était la cause qui faisait rompre prématurément l'artère sous la ligature, et causait l'hémorragie.

Mais l'expérience n'a pas confirmé cette théorie, et cette méthode n'a eu qu'un petit nombre de partisans qui, presque tous, l'ont déjà abandonnée.

De quelque manière qu'on pratique la méthode de Hunter, aussitôt que l'artère est liée, les battemens de la tumeur disparaissent totalement; elle s'affaisse et diminue de jour en jour, si l'opération doit être suivie de succès. Quelquefois elle disparaît si complètement, qu'il est difficile d'en reconnaître le moindre vestige. D'autres fois elle se conserve sous la forme d'un noyau dur, plus ou moins volumineux, mais toujours exempt de battemens.

Si l'on a occasion d'examiner le membre quelque temps après la guérison obtenue par cette méthode, on trouve l'artère, tantôt oblitérée depuis le point où elle a été liée jusqu'au-dessous de la tumeur, tantôt dans le lieu de la ligature, et remplie par un caillot dur et adhérent, ou même à l'endroit de la tumeur, mais conservant sa cavité dans le point intermédiaire. Le premier malade opéré par Hunter étant mort un an après, dans le même hôpital, d'une fièvre pour laquelle il y était rentré, on trouva, à l'examen du cadavre, l'artère fémorale oblitérée, depuis l'origine de la profonde jusqu'au point où avait été placée la ligature; là elle était cartilagineuse, et comme ossifiée dans l'étendue d'un pouce et demi; au-dessous, son calibre était conservé jusqu'à son entrée dans la tumeur, et celle-ci, réduite au volume d'un petit œuf de poule, était remplie par un caillot très-dur et adhérent à sa surface interne.

A l'examen du cadavre du malade opéré par Cho-

part, et que nous avons dit être mort de la gangrène, on trouva l'artère oblitérée dans une étendue de quelques pouces au-dessous de la ligature; mais, comme dans le cas précédent, elle reprenait son diamètre naturel au dessous et jusqu'à la tumeur; les artères articulaires, libres et conservées, s'ouvraient dans la tumeur elle-même. Si cette opération avait eu des suites plus heureuses, les artères articulaires auraient-elles pu verser du sang dans l'anévrisme; et ce sujet était-il destiné à justifier le doute de Molinelli?

Nous avons vu à la Charité, sur le cadavre d'un homme qui avait été opéré, huit ans auparavant, selon la méthode de Hunter, d'un anévrisme de l'artère poplitée, l'artère fémorale oblitérée dans une étendue de deux pouces à l'endroit où la ligature avait été placée; au-dessous de cette oblitération, l'artère avait conservé son diamètre ordinaire et recevait du sang par deux troncs gros et courts qui communiquaient vers le haut, l'un avec une branche de la fémorale, dont l'origine était au-dessus de l'oblitération, l'autre avec une des perforantes, ou plutôt avec la profonde elle-même, et un rameau de la circonflexe externe; vers le bas, ces mêmes troncs communiquaient avec les artères articulaires, ensorte que le sang parvenait à la fémorale, entre l'oblitération que la ligature avait déterminée et la tumeur anévrismale, et de là refluait vers les articulaires et les branches de la poplitée. Néanmoins l'anévrisme situé immédiatement au-dessous des condyles du fémur, s'était réduit au volume d'une très-petite olive, et paraissait transformé en une substance ligamenteuse

sans cavité. L'oblitération de la poplitée, dans ce lieu, occupait une étendue de 19 lignes.

Après avoir exposé la méthode ancienne ou ordinaire, et celle de Hunter avec ses principales modifications, il nous reste à les comparer ensemble sous le triple rapport de l'exécution, des accidens qui peuvent en résulter, et du rétablissement de la circulation. Nous ferons cette comparaison avec toute l'impartialité possible, malgré la prédilection qu'il nous serait permis d'avoir en faveur d'une méthode qui nous a constamment réussi dans tous les anévrismes que nous avons opérés, à l'exception d'un seul.

1.° La méthode de Hunter a sur la méthode ancienne, un grand avantage, relativement à l'exécution. La première est simple et facile : on agit sur des parties saines, dont on connaît exactement la forme, la position, les rapports ; l'opération est courte, la douleur médiocre, et la plaie peu étendue. Dans l'autre méthode, au contraire, l'opération est toujours très-difficile, très-longue et très-douloureuse, même dans les cas les plus favorables. Les rapports et la forme des parties sont changés, et si, comme il arrive quelquefois, la structure de l'artère est altérée dans toute l'étendue du sac, et même au-dessus, il peut se faire que le Chirurgien soit obligé de recourir à la méthode de Hunter, après avoir inutilement tenté l'autre. Ce cas est fort rare, sans doute, mais il peut se rencontrer.

2.° Quant aux accidens, il en est quelques-uns qui sont communs aux deux méthodes, il en est d'autres qui sont propres à chacune d'elles. Toutes choses égales

d'ailleurs, l'hémorragie est plus à craindre à la suite de l'opération selon la méthode ancienne, parce qu'alors on n'est jamais certain que la partie de l'artère, sur laquelle on place les ligatures, soit parfaitement saine, et que si elle est altérée, les fils l'ont coupée long-temps avant son oblitération. L'inflammation, les convulsions et autres accidens nerveux sont plus à craindre également après cette opération, qui est beaucoup plus douloureuse et plus longue. La faiblesse produite par le sang qui s'écoule au moment de l'opération, et par une suppuration abondante, est également plus redoutable à la suite de l'opération pratiquée selon la méthode ancienne. Mais la méthode de Hunter, qui n'est pas entièrement à l'abri de ces inconvéniens, en présente une autre beaucoup plus grave, c'est la fonte putride de la tumeur anévrismale, accident presque constamment mortel, et qui malheureusement est arrivé déjà un assez grand nombre de fois (1). On a encore reproché à cette méthode d'être quelquefois pratiquée sans succès : on a pensé que le sang conduit dans la tumeur par les artères collatérales, pouvait entretenir l'anévrisme, et même en augmenter le volume; mais l'expérience n'a pas confirmé cette crainte. On a encore opposé aux partisans de cette méthode, qu'elle n'agissait point contre la maladie elle-même, et qu'en laissant à la nature le soin de résoudre la tumeur, on rendait la guérison tardive et souvent même incom-

(1) Il a été observé par Hunter, Desault, M. Scarpa, et trois fois par M. Pelletan.

plète, puisqu'une partie de la tumeur restait toujours dans l'endroit malade, et causait une gêne plus ou moins considérable dans l'exercice des fonctions du membre. Ces objections ont été appréciées à leur juste valeur; la lenteur de la guérison et l'existence d'une petite tumeur dure, dans l'endroit de l'anévrisme, sont des inconvéniens légers. Le sang fourni par les collatérales n'a jamais entretenu la tumeur, et à plus forte raison, il n'a pu l'augmenter. Quant à la fonte putride de la tumeur anévrismale, elle n'est à craindre que dans le cas où l'anévrisme est très-avancé, et, comme nous le verrons ailleurs, la méthode de Hunter ne convient point alors.

3.° Si la méthode de Hunter offre des avantages sur l'autre relativement à la facilité de l'exécution et aux accidens consécutifs, il n'en est pas de même à l'égard du rétablissement de la circulation à la suite de l'une et de l'autre. La ligature étant toujours faite beaucoup plus près du cœur, dans l'opération de Hunter, un plus grand nombre d'artères collatérales se trouve compris entre la ligature et la tumeur, et beaucoup de vaisseaux qui serviraient encore à transmettre le sang, si l'on eût suivi la méthode ancienne, deviennent, au moins pour quelque temps, inutiles à la circulation. Toutefois ce reproche n'est pas applicable à tous les cas. Il est des artères qui, pendant une partie de leur trajet, ne fournissent point ou ne fournissent que fort peu de branches; ensorte que la ligature faite à une certaine distance de la tumeur, n'est pas plus défavorable à la circulation, que celle qui aurait été faite immédiatement au-dessus. D'un autre côté, les faits d'anatomie pathologique que nous avons rapportés,

prouvent que la partie de l'artère comprise entre la ligature et la tumeur, conserve ou reprend son diamètre, ainsi que les branches qui en partent. Sans doute le danger qui résulte de la gêne de la circulation, est plus grand lorsqu'on lie l'artère plus loin de la tumeur; mais ce danger n'est pas aussi grand que l'ont prétendu les antagonistes de Hunter.

D'après ce qui vient d'être dit, il semblera peut-être difficile de juger quelle est la méthode qu'on doit préférer, puisque l'une et l'autre offrent des avantages et des inconvéniens qui leur sont propres. Nous pensons qu'il ne faut donner une préférence exclusive à aucune des deux, et qu'on doit adopter l'une ou l'autre, selon le lieu qu'occupe la tumeur, et à raison des circonstances qui l'accompagnent. La méthode de Hunter sera préférable dans l'anévrisme de l'artère poplitée; elle est seule applicable au traitement de l'anévrisme de l'artère carotide, de l'axillaire et de la crurale à sa partie supérieure. Dans les anévrismes où l'on a l'option entre l'une et l'autre méthodes, il peut exister des circonstances qui obligent de donner la préférence à l'une des deux; par exemple, toutes les fois que la tumeur est très-volumineuse, non circonscrite, douloureuse à la pression; lorsque les tégumens qui la couvrent sont enflammés, que la partie du membre placée au-dessous, est engorgée, et surtout lorsque la rupture de la tumeur paraît imminente, on préferera toujours la méthode ordinaire à celle de Hunter; si on s'éloignait de ce précepte, on s'exposerait à être forcé, par la rupture spontanée de la tumeur, à faire subir au malade une seconde opération.

Il est une autre méthode, proposée il y a quelques années, et qui diffère entièrement de celles dont il vient d'être question; c'est la ligature de l'artère au-dessous de la tumeur.

Depuis long-temps cette opération avait été proposée verbalement par Brasdor, professeur à l'ancienne école de chirurgie : Desault, dans ses leçons de pathologie et d'opérations, avait coutume de mettre en question si elle n'offrirait pas quelqu'espoir de succès lorsque la situation de l'anévrisme le rend inopérable par la méthode ordinaire; mais ce célèbre praticien n'a jamais entrepris de résoudre ce problême par l'expérience, quand l'occasion s'en est présentée. Je ne connaissais aucune tentative à cet égard, lorsque j'appris par M. Vernet, ancien chirurgien en chef des armées, qu'il avait essayé la compression de l'artère fémorale au-dessous d'un anévrisme situé à la partie supérieure de la cuisse; mais que la tumeur s'étant accrue rapidement, et ses battemens étant devenus beaucoup plus forts, il avait été forcé d'abandonner l'usage de ce moyen, et de s'en tenir aux soins palliatifs.

J'en étais encore à ces simples notions, lorsqu'il se présenta à l'hôpital de la Charité, un homme âgé de soixante ans, portant à la partie supérieure de la cuisse, un anévrisme de près de dix-sept pouces de circonférence, s'étendant jusqu'au pli de l'aine et jusqu'à un travers de doigt de l'arcade crurale. M. Deschamps assembla neuf consultans, et proposa la ligature de l'artère au-dessous de la tumeur, espérant que la stagnation du sang donnerait lieu à sa coagulation dans la tumeur, et,

de proche en proche, dans l'artère au-dessus, jusqu'à la naissance de la fémorale profonde. Il insista particulièrement sur la difficulté de comprimer solidement l'artère au-dessus de la tumeur, pendant toute la durée de l'opération, et sur celle d'étendre suffisamment l'incision vers le haut, pour placer la ligature entre deux vaisseaux aussi importans que la fémorale superficielle et la profonde. Dans la discussion, je combattis l'opération proposée, et par le raisonnement et par l'exemple des tentatives infructueuses de M. Vernet, et je soutins la possibilité d'opérer selon la méthode ordinaire, fondé sur le peu d'étendue constante de la lésion de l'artère, malgré le volume de la tumeur, et sur la situation probable de l'ouverture du vaisseau à une assez grande distance de l'arcade crurale, et même de l'artère fémorale profonde. Les voix ayant été recueillies, sur dix suffrages sept furent pour la ligature au-dessous de la tumeur. L'opération fut pratiquée; mais elle fut longue, pénible, et on fut long-temps dans l'incertitude sur la situation de l'artère, dont on ne put jamais reconnaître les battemens. Les progrès de la tumeur avaient été très-sensibles immédiatement avant l'opération; mais ils furent tels après, que le quatrième jour sa rupture paraissait très-prochaine. On se décida pour lors à pratiquer une nouvelle opération, et à lier l'artère selon la méthode ordinaire, malgré toutes les considérations qui en avaient détourné d'abord. La compression fut exercée contre le pubis au moyen d'une pelotte montée sur un manche, et après l'ouverture du sac anévrismal, deux ligatures furent placées au-dessus de l'ouverture de l'artère, et

une au-dessous; mais l'hémorragie avait été très-considérable durant l'opération, et le malade expira huit heures après. A l'ouverture du cadavre, on trouva que la fémorale profonde naissait à dix lignes seulement de l'arcade crurale, et que la ligature d'attente avait été placée exactement entre l'artère fémorale profonde et la superficielle, ce qui prouvait clairement que l'opération selon la méthode ordinaire aurait pu être pratiquée d'abord avec de grandes probabilités de succès.

On voit par l'extrait de cette observation, qui a été publiée avec de plus grands détails par M. Deschamps (1), combien cette méthode opératoire est pernicieuse. Le résultat de cette expérience s'accorde avec celui de la compression tentée au-dessous de la tumeur, et l'une et l'autre tentatives suffisent pour porter à conclure que si un moyen, quel qu'il soit, capable d'apporter un obstacle solide à la circulation dans la portion d'une artère anévrismatique immédiatement au-dessus de la tumeur, est le seul par lequel on puisse obtenir la guérison de la maladie, un moyen de la même nature, employé sur l'artère au-dessous de la tumeur, est bien plutôt capable d'en accélérer les progrès et de hâter le terme funeste de l'anévrisme, que d'en procurer la guérison.

Quelle que soit la méthode selon laquelle on ait fait l'opération, lorsqu'elle est terminée, on doit ranger les ligatures sur les lèvres de la plaie, de manière qu'on

---

(1) Recueil périodique de la Société de Médecine de Paris, tom. V, N.° XVII.

puisse reconnaître par des marques distinctes celles qui sont serrées d'avec celles qui ne le sont pas. On garnit mollement la plaie de charpie douce, que l'on soutient par quelques compresses et une bande courte, ayant le plus grand soin de ne pas charger le membre d'un appareil trop lourd, et de ne serrer le bandage qu'autant qu'il est nécessaire pour soutenir l'appareil. Cette dernière précaution est de la plus grande importance; car la compression exercée par le bandage, ne pouvant être que circulaire, elle gêne la circulation dans le système capillaire du membre, et prive par là d'une ressource d'autant plus grande pour cette fonction, que les anastomoses sont excessivement multipliées dans le réseau capillaire.

L'appareil étant appliqué, le membre sera situé de manière à favoriser la circulation, et sur-tout le retour du sang et de la lymphe; et pour y entretenir une température convenable, on l'entourera de sachets remplis à moitié de sable fin, ou de cendre tamisée, convenablement chauffés et fréquemment renouvelés; le membre doit reposer sur ces sachets et en être entouré, mais on ne doit pas l'en recouvrir à cause de leur pesanteur qui pourrait le fatiguer et le comprimer. On se contentera de le couvrir de linges chauds, qu'on aura soin de renouveller souvent. Ce procédé est préférable à celui des vessies remplies d'un liquide chaud, en ce que le sable agit non-seulement en entretenant la chaleur, mais encore en absorbant l'humidité de la transpiration, qui pourrait être une cause de refroidissement. Il est préférable, surtout, à l'usage des fomentations spiritueuses qui ont

besoin d'être trop fréquemment renouvelées, ou qui se refroidissent très-promptement, et qui excitent dans les vaisseaux capillaires une constriction contraire au but qu'on doit se proposer.

L'observation a appris qu'après l'opération de l'anévrisme, tantôt la chaleur naturelle se conserve sans aucune altération, et le pouls ne cesse pas de se faire sentir dans les artères accessibles au toucher au-dessous de la ligature, ce qui ne laisse aucun doute sur la circulation, et rend le succès de l'opération très-probable : tantôt la température du membre diminue d'abord, et les battemens du pouls dans les artères inférieures disparaissent totalement; mais au bout de quelques jours la chaleur se rétablit, elle dépasse même quelquefois la température générale du corps durant le travail de la suppuration; plus tard, les pulsations des artères éloignées se rétablissent, d'abord comme un fourmillement presque imperceptible, et peu-à-peu les battemens deviennent de plus en plus distincts. Quelquefois, pendant l'absence du pouls et la diminution de la température du membre, la mortification détruit une portion plus ou moins étendue des tégumens, ou quelques orteils; enfin, quelquefois la gangrène s'empare du membre, et tantôt elle se borne d'elle-même à une distance plus ou moins grande du tronc : tantôt elle s'étend rapidement, et ne laisse aucun espoir, même dans l'amputation.

Il n'est pas rare de voir survenir quelque hémorragie, avant le terme de la guérison : les ligatures d'attente deviennent alors nécessaires. Mais pour indiquer l'usage qu'on peut en faire, il sera bon de placer ici quelques considérations sur les causes de cet accident.

Toute hémorragie consécutive, après l'opération de l'anévrisme, dépend, comme nous l'avons déja dit, ou de ce que la ligature a été trop serrée, ou de ce qu'elle l'a été trop peu, ou de ce que l'artère est altérée par l'effet d'une maladie.

Il n'y a pas de doute que la ligature produit sur une artère le double effet d'intercepter le cours du sang en tenant ses parois en contact, et de déterminer l'adhésion de ces mêmes parois par l'inflammation qu'elle y excite, en même-temps qu'elle les use et les coupe. Or, il est facile de concevoir que si la constriction de la ligature est trop forte, d'une part, l'inflammation qu'elle excite dans les parois de l'artère, dépasse le degré qui pourrait produire leur adhésion; de l'autre, elle coupe l'artère avant que cette adhésion ait lieu, et qu'elle puisse résister à l'impulsion du sang. Dans ce cas, l'hémorragie a lieu par le trajet même de la ligature. Cependant il est très-possible qu'alors, si la ligature embrasse en même-temps une certaine quantité de tissu cellulaire qui se laisse détruire promptement, elle se trouve réduite par là au degré de compression convenable; que même les parois, ou plutôt les tuniques propres du vaisseau, étant coupées par une ligature trop serrée, dans le moment où on l'applique, l'inflammation du tissu cellulaire et l'adhésion de ses lames suffisent pour résister à l'effort du sang et empêcher l'hémorragie. S'il n'en était pas ainsi, cet accident serait beaucoup plus fréquent. Quand, au contraire, une ligature est trop peu serrée, elle ne rapproche pas suffisamment les parois du vaisseau pour les mettre en contact, et cependant elle les use et les divise. En pareil

cas, si l'opération a été pratiquée selon l'ancienne méthode, l'hémorragie a lieu plus tôt, et le sang s'échappe par l'ouverture même de l'artère qui répond au fond du sac anévrismal; si c'est la nouvelle méthode qu'on a mise en usage, l'hémorragie s'annonce plus tard, et le sang vient du trajet du fil. Enfin, une artère dont le tissu est altéré par l'effet de quelque maladie, peut avoir perdu le degré de consistance nécessaire pour supporter la constriction d'une ligature, ou bien n'être pas susceptible de l'inflammation nécessaire à son oblitération. On sent par là toute l'importance des ligatures d'attente, et dans quel cas l'usage de l'inférieure ou celui des supérieures est le plus convenable. Sans cette ressource, on serait porté à pratiquer la compression, moyen toujours nuisible et nécessairement suivi de la gangrène du membre, comme l'expérience le démontre. Il serait sans doute bien mieux de ne donner jamais à la ligature que le degré de constriction nécessaire; mais, d'un côté, il est presqu'impossible d'atteindre ce juste milieu; de l'autre, la consistance des parois des artères est trop variable, pour qu'un praticien prudent ne doive pas douter sans cesse des effets d'une ligature.

Les ligatures tombent ordinairement du dix-huitième au vingtième jour; si elles tiennent encore après ce délai, on pourra les tordre tous les jours pour en accélérer la chute, ou même couper leur anse avec précaution et les retirer.

La plaie qui résulte de l'opération de l'anévrisme, lorsqu'une fois la suppuration est établie, et que les ligatures sont tombées, devient une plaie simple, qui doit

être traitée comme nous l'avons dit en parlant des plaies en général.

§. II. *De l'Anévrisme faux.*

On appelle anévrisme faux celui qui est formé par du sang sorti d'une artère ouverte, soit que le sang s'échappe de l'artère au moment même où elle est blessée, et qu'il s'infiltre dans le tissu cellulaire; soit qu'il n'en sorte qu'au bout d'un temps plus ou moins long après la blessure, et qu'il s'épanche dans une cavité qu'il se pratique en écartant les feuillets du tissu cellulaire; soit enfin qu'il passe immédiatement d'une artère dans une veine à la suite d'une blessure qui les a intéressées toutes deux. Delà, la distinction de l'anévrisme faux en primitif ou diffus, en consécutif ou circonscrit, et en variqueux ou varice anévrismale.

De l'Anévrisme faux primitif.

Lorsqu'une artère a été ouverte par une cause externe, et surtout par un instrument piquant, si l'ouverture n'est pas parallèle à celle de la peau et des autres parties divisées, le sang qui en sort s'infiltre dans le tissu cellulaire, et forme un anévrisme faux primitif, non circonscrit ou diffus.

Ainsi cette espèce d'anévrisme reconnaît pour cause la lésion d'une artère d'un diamètre plus ou moins considérable par un instrument vulnérant quelconque, mais le plus souvent par un instrument piquant, comme la pointe d'une épée, celle d'un couteau, d'un canif, d'une

lancette, etc. Les anciens ne considéraient cet anévrisme que comme le résultat d'une saignée malheureuse, et un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels on peut compter Dionis, n'en ont parlé que comme de l'un des accidens qui peuvent accompagner cette opération. Cette cause est bien moins familière aujoud'hui, où, à la vérité, la phlébotomie est employée bien plus rarement.

L'anévrisme faux primitif n'est pas difficile à reconnaître; il est toujours la suite d'une blessure faite dans une partie où se trouvent une ou plusieurs artères d'un diamètre un peu considérable, et dans laquelle blessure une de ces artères a été ouverte; il est plus fréquent aux membres qui sont pourvus d'artères situées assez superficiellement et qui, par cela même, sont fort exposées à l'action des agens extérieurs. Il s'écoule toujours par la plaie, à l'instant où elle vient d'être faite, une plus ou moins grande quantité de sang vermeil, qui quelquefois s'échappe en jets pendant quelques instans, ou seulement en nappe et, comme on dit, en bavant. Cependant l'ouverture de l'artère n'étant point parallèle à celle des tégumens, ou bien cette dernière ayant été tamponnée dans le premier moment, comme il arrive ordinairement, le sang cesse de couler au-dehors, mais il s'infiltre dans le tissu cellulaire; la tuméfaction s'étend principalement le long du trajet du vaisseau lésé, et vers les points les moins résistans du tissu cellulaire; la tumeur est vague, non circonscrite; la couleur du sang qui la forme s'aperçoit ordinairement à travers les tégumens, qui deviennent comme marbrés; la partie de cette tumeur qui correspond à l'ouverture

de l'artère, présente quelquefois un léger frémissement; mais il est douteux qu'on y ait distingué les battemens réguliers qu'on observe toujours dans l'anévrisme vrai; quant à nous, nous n'avons jamais remarqué ce phénomène dans les anévrismes faux primitifs que nous avons eu occasion de voir. Quand l'anévrisme faux primitif est considérable, il est accompagné de douleurs plus ou moins vives, d'engourdissement et de refroidissement du membre.

En considérant attentivement tous ces symptômes, il est aisé de reconnaître la maladie: on ne peut attribuer qu'au défaut de connaissances anatomiques, ou à un examen trop superficiel, les méprises auxquelles elle a donné lieu, et dont voici quelques exemples.

Un vigneron de Surêne se blessa avec la pointe d'une serpette à la partie antérieure et supérieure de la jambe; son mouchoir serré autour du membre suffit pour arrêter l'hémorragie. Bientôt il survint un gonflement considérable, et tout le membre prit une couleur livide. Un chirurgien qui fut appelé, s'étant borné à un examen superficiel, ordonna l'application d'un cataplasme émollient. Les accidens augmentèrent; l'épiderme se sépara, et le malade fut transporté à la Charité, où Desault était alors Chirurgien-adjoint. A peine ce célèbre praticien fut-il informé des circonstances de la maladie, qu'il jugea que l'artère tibiale antérieure avait été ouverte à sa partie supérieure. Il n'hésita pas à faire les incisions convenables; il découvrit le vaisseau, reconnut effectivement sa lésion, et en fit la ligature; après quoi il débarrassa le tissu cellulaire d'une grande quantité de

sang noir et grumelé. L'hémorragie fut solidement arrêtée; des escarres fort étendues se séparèrent; mais le malade étant fort âgé succomba à une suppuration très-abondante, suite inévitable d'un délabrement énorme.

Peu de temps après, un jeune homme de la campagne fut blessé à la cuisse avec un couteau à plusieurs lames qu'il avait acheté le jour même, et qu'il laissa échapper de ses mains pendant qu'il en faisait la démonstration à ses camarades. L'artère crurale fut ouverte, et l'hémorragie fut d'abord considérable. Mais le sang ayant été arrêté par le tamponnement, il survint bientôt dans tout le membre un gonflement prodigieux, qui fut pris pour un engorgement inflammatoire. Le malade fut transporté à l'hôpital de la Charité; Desault reconnut la maladie et pratiqua l'opération, qui n'eut point de succès.

Nous avons vu, en 1791, un jeune homme de 25 ans, qui avait été blessé à la partie supérieure moyenne et interne du bras, avec un couteau. L'instrument dirigé de bas en haut, le long du muscle biceps, était allé ouvrir l'artère brachiale au-dessous de la musculaire externe. Le malade perdit d'abord beaucoup de sang; néanmoins l'hémorragie s'arrêta spontanément. Le Chirurgien qui fut appelé traita la plaie comme simple, et ne s'aperçut de la gravité de l'accident qu'au bout de huit jours, à l'occasion d'une nouvelle hémorragie, à laquelle donnèrent lieu quelques efforts de toux; la plus grande partie du sang s'infiltra, et pour lors le membre acquit un volume considérable et devint livide. Il fallut en venir promptement à l'opération qui n'eut point de succès.

Une circonstance bien importante à considérer, parce qu'elle peut donner lieu à de semblables méprises, c'est le défaut de rapport de la plaie extérieure avec celle de l'artère, et le trajet quelquefois très-oblique de l'instrument qui a fait l'une et l'autre, et qui peut avoir atteint le vaisseau dans un lieu plus ou moins éloigné de celui où il a pénétré la peau. C'est ainsi que nous avons vu un menuisier qui, s'étant blessé à la partie antérieure et un peu externe de la cuisse, avec un instrument que ces ouvriers connaissent sous le nom de bec-d'âne, eut l'artère crurale ouverte au-dessus de son passage à travers le troisième adducteur. Mais, quelle que soit l'obliquité de la blessure, l'examen attentif des phénomènes qui l'accompagnent, suffit toujours pour préserver de l'erreur un chirurgien instruit et attentif.

L'anévrisme faux primitif est toujours une maladie fort grave et qui, abandonnée à elle-même, ne manque pas d'avoir une terminaison funeste. Mais le pronostic est plus ou moins fâcheux, selon le diamètre du vaisseau lésé, sa situation à une distance plus ou moins grande du tronc, et à une profondeur plus ou moins considérable.

L'anévrisme faux primitif est extrêmement grave quand il résulte de la lésion d'une artère d'un grand diamètre, et que l'ouverture du vaisseau est ample. Dans ce cas, le sang s'échappe abondamment de l'artère ouverte et s'infiltre dans le tissu cellulaire, dont il remplit bientôt toutes les cellules; le membre acquiert rapidement un volume énorme; la distension extrême de toutes les parties molles, et la compression que le sang extravasé

exerce sur le système capillaire et même sur les branches artérielles d'une certaine grosseur, suspendent bientôt la circulation, et déterminent la gangrène. Le danger est moins grand quand l'artère blessée est une branche d'un diamètre médiocre; mais le cas est encore très-grave lorsque cette artère se trouve en même temps située à une grande profondeur, comme sont les tibiales, par exemple. Cette maladie est presque absolument mortelle quand elle dépend de la lésion d'une artère principale, et que l'ouverture de cette artère est si près du tronc, qu'il est impossible de pratiquer la compression au-dessus. En général, l'anévrisme faux primitif n'offre pas d'aussi grandes ressources pour la circulation dans le membre malade après l'oblitération du tronc principal, que l'anévrisme vrai, et même que celui dont nous parlerons bientôt sous le nom de faux consécutif. Dans ces derniers, la gène que le passage du sang éprouve dans le vaisseau principal, par la compression que la tumeur exerce sur celui-ci, détermine un certain degré de dilatation dans les vaisseaux collatéraux; ce qui n'a pas lieu quand l'extravasation du sang dépend d'une blessure récente.

D'après ce que nous avons dit en traitant de l'hémorragie considérée comme accident des plaies, il est démontré qu'on ne peut guérir radicalement la blessure d'une artère, autrement que par son oblitération. La préférence que l'on donnait, il y a environ soixante ans, à la compression sur la ligature, pour arrêter les hémorragies produites par la lésion des grosses artères, était fondée sur l'opinion où l'on était alors de la possibilité

d'obtenir une guérison solide en conservant la cavité de l'artère; mais on est bien convaincu aujourd'hui que la ligature est le moyen le plus sûr et le moins sujet à inconvéniens, on peut même dire le seul propre à procurer une guérison solide et exempte du danger de la formation d'un anévrisme faux consécutif.

Néanmoins la compression peut encore trouver son application, toutes les fois que l'artère ouverte est d'un petit diamètre, qu'elle a un point d'appui sur un os voisin, et qu'elle est située immédiatement au-dessous de la peau : telles sont les artères qui rampent à l'extérieur du crâne, la pédieuse, etc. : encore même, dans ces cas, il faut avoir l'attention de ne pas pratiquer la compression immédiatement sur le vaisseau et dans l'intérieur de la plaie; mais, à l'extérieur, à une assez grande distance de celle-ci. En se conduisant autrement, on provoquerait une inflammation violente, et peut-être même la gangrène. Nous avons vu la compression immédiate exercée dans une plaie où l'artère pédieuse se trouvait intéressée, causer la gangrène des tégumens de tout le dos du pied; tandis que, dans des cas analogues, nous avons comprimé l'artère avec succès au-dessus de la plaie, qui a toujours été promptement cicatrisée.

Pour pratiquer la compression en pareil cas, il faut auparavant presser fortement, avec le pouce, le point du trajet de l'artère où l'on veut l'établir, afin d'écarter le sang qui peut se trouver infiltré dans le tissu cellulaire, de déprimer la peau et de la rapprocher du vaisseau; on place ensuite dans l'excavation qui résulte de cette pression, une compresse épaisse, sur laquelle on en met

d'autres de plus en plus larges, de manière que le tout représente une pyramide dont le sommet presse la peau, et on maintient cette pyramide de compresses par une bande médiocrement serrée, afin de ne pas gêner la circulation dans les autres vaisseaux. Il faut continuer long-temps la compression, sans quoi la guérison n'est qu'apparente.

Dans tout autre cas, la compression est absolument inutile, et même nuisible; car, d'un côté, l'appareil ne peut avoir assez de stabilité pour n'être pas dérangé à tout instant; de l'autre, il n'est pas possible d'établir la compression de manière que le vaisseau ouvert et le point du membre diamétralement opposé soient les seules parties sur lesquelles elle s'exerce; et tout ce qu'on peut en obtenir, c'est la formation d'un caillot plus ou moins adhérent aux lèvres de l'ouverture, lequel se détache à la première occasion, et donne lieu par-là à la formation de l'anévrisme faux consécutif.

On ne peut donc pas compter sur la compression comme moyen véritablement curatif, toutes les fois que l'artère ouverte est d'un certain diamètre; et l'on ne peut se dispenser alors de recourir à la ligature, quand bien même l'artère ouverte serait placée au voisinage d'un os qui pourrait lui fournir un point d'appui solide. Ainsi, dans les anévrismes faux primitifs de l'artère crurale, de la poplitée, de la brachiale, de la radiale, de la cubitale, de la tibiale antérieure dans ses trois-quarts supérieurs, de la tibiale postérieure et de la péronière, on doit toujours préférer la ligature à la compression.

Les règles qui concernent cette opération, étant les

mêmes que celles qui ont été exposées à l'occasion de l'anévrisme vrai, nous n'ajouterons ici que quelques réflexions relatives à ce que le cas actuel a de particulier.

Lorsque la plaie des tégumens se trouve sur le trajet même de l'artère, que l'instrument vulnérant a agi perpendiculairement à ce vaisseau, on peut se contenter, pour le mettre à découvert, d'agrandir la plaie dans une étendue convenable. Mais, toutes les fois que la plaie extérieure est plus ou moins éloignée du trajet de l'artère, que pour atteindre cette dernière, l'instrument a pris une direction oblique, on ne doit plus avoir aucun égard à la plaie des tégumens; car, en suivant son trajet pour découvrir l'artère, on serait obligé d'intéresser beaucoup de parties qu'il importe de ménager; on ne pourrait mettre à nu le vaisseau que dans une trop petite étendue, et l'on serait fort gêné pour placer les ligatures d'une manière convenable : on ne doit alors avoir égard à la plaie externe, que pour chercher à reconnaître à quelle hauteur l'artère se trouve lésée. On porte par cette plaie un gros stylet boutonné, que l'on enfonce autant qu'il est possible; on marque la profondeur à laquelle il a pénétré; et, le présentant ensuite à l'extérieur du membre dans la même direction, on juge du lieu où l'artère est ouverte, par celui auquel correspond l'extrémité de l'instrument. Cela fait, on pratique une incision sur le trajet de l'artère, de manière que le lieu où l'on a jugé que devait correspondre l'ouverture de cette dernière, réponde au milieu de sa longueur, on débarrasse le tissu cellulaire du sang coagulé; on absorbe avec une éponge celui qui est liquide; on découvre l'ar-

tère, et l'on cherche son ouverture. Pour la réconnaître, on peut faire suspendre la compression, et si cela ne suffit pas, comme il peut arriver quand cette ouverture répond à la paroi profonde du vaisseau, on peut faire une compression momentanée avec un doigt sur la partie inférieure de l'artère, pour augmenter l'effort latéral du sang.

Ensuite on lie l'artère au-dessus et au-dessous de sa blessure et le plus près possible de cette blessure, en se conformant aux règles que nous avons indiquées en parlant de l'opération de l'anévrisme vrai suivant l'ancienne méthode. La ligature inférieure n'est pas moins nécessaire ici que dans cette dernière opération : son omission a été suivie quelquefois d'une hémorragie mortelle. Mais on conçoit qu'une artère ouverte ne peut être liée immédiatement au-dessus et au-dessous de la blessure, qu'autant que le siége de cette blessure est bien connu, et qu'il est possible de mettre l'artère à découvert dans le lieu où elle est blessée, en incisant les parties qui la couvrent. Dans le cas contraire on doit se conduire comme dans l'opération de l'anévrisme vrai par la méthode de Hunter; c'est-à-dire, qu'on doit lier l'artère dans l'endroit où elle peut être mise à découvert avec facilité, quelle que soit la distance de cet endroit à celui où elle est ouverte. A la vérité en suivant cette pratique on ne met pas le malade entièrement à l'abri de l'hémorragie, qui peut être fournie par le bout inférieur de l'artère et même par le bout supérieur, lorsqu'un grand nombre de branches collatérales sortent de la partie de ce vaisseau comprise entre la plaie de ses membranes et

la ligature ; mais cette hémorragie n'a pas toujours lieu, et si elle arrivait et qu'elle fît craindre pour la vie du malade, on pourrait tenter de découvrir l'artère dans le lieu même où elle est ouverte et de la lier immédiatement au-dessus et au-dessous de l'ouverture ; mais si la chose était impossible, on serait forcé d'en venir à l'amputation du membre pour empêcher le malade de succomber à l'hémorragie.

De l'Anévrisme faux consécutif.

On appelle anévrisme faux consécutif, circonscrit ou sacciforme, une tumeur formée par du sang échappé d'une artère plus ou moins long-temps après sa blessure, et contenu dans une poche ou kyste formé aux dépens du tissu cellulaire environnant.

Si l'on examine anatomiquement un anévrisme faux consécutif, après en avoir séparé les parties molles environnantes, que l'on trouve toujours déplacées et comprimées, comme dans l'anévrisme vrai, on découvre une poche dont les parois assez fermes sont formées par les lames du tissu cellulaire, rapprochées et appliquées les unes sur les autres. La cavité de cette poche est remplie par un caillot plus ou moins volumineux, d'une densité proportionnée à l'ancienneté de la maladie, et quelquefois plus consistant que la substance musculeuse, comme nous l'avons vu dans un anévrisme qui existait depuis dix ans. Ce caillot se présente sous l'apparence d'une masse uniforme, et n'offre pas, comme on l'a prétendu, des couches d'une consistance diverse et disposées dans un ordre

déterminé. On rencontre toujours dans cette masse polypeuse un foyer qui contient du sang fluide, et qui communique avec la cavité de l'artère. Ce foyer occupe ordinairement le centre de la tumeur. La poche anévrismale étant vidée, on distingue l'ouverture de l'artère et cette ouverture, plus grande qu'elle n'était d'abord, est toujours arrondie, quelle que soit la forme de l'instrument par lequel elle a été faite. Nous l'avons vue souvent d'un diamètre à pouvoir admettre le bout du petit doigt. On distingue à travers cette ouverture la paroi opposée de l'artère, dont la couleur est jaunâtre. L'artère répond tantôt au fond de la tumeur, tantôt à l'un de ses côtés. Cette situation de l'artère vers tel ou tel point de la circonférence de la tumeur anévrismale, dépend du côté par lequel l'artère a été blessée, car elle est toujours déplacée en sens inverse. Un homme fut blessé à la cuisse par un couteau de chasse dont la lame était très-effilée; l'instrument pénétra par le côté externe, entre le tendon du muscle biceps et le fémur, et ouvrit l'artère poplitée dans le jarret. L'anévrisme qui survint se développa vers le côté externe, et l'artère fut repoussée en dedans, ensorte qu'elle était comprise dans l'épaisseur de la paroi interne du sac anévrismal. Cette circonstance mérite une grande considération dans l'opération de cette espèce d'anévrisme; elle peut beaucoup abréger les recherches.

Quand une artère d'un certain diamètre est ouverte, et qu'on parvient à arrêter le sang par le moyen de la compression, l'hémorragie est suspendue par la formation d'un petit caillot qui ferme l'ouverture de l'artère,

la plaie extérieure se cicatrise, et le malade paraît guéri. Mais la guérison n'est qu'apparente : au bout d'un temps plus ou moins long, tantôt huit ou dix jours seulement, tantôt un ou deux mois, quelquefois plusieurs années, et même un grand nombre, le caillot est détaché par l'effort latéral du sang ; ce liquide s'échappe, soulève et détache l'enveloppe celluleuse de l'artère, la distend peu à peu, et en forme la poche anévrismale, dont la densité et l'épaisseur augmentent par l'application successive des lames du tissu cellulaire environnant. La stagnation du sang dans cette cavité anévrismale donne lieu à sa coagulation, et l'absorption de sa partie liquide permet le rapprochement et la condensation de sa portion fibrineuse, qui devient adhérente aux parois du kyste.

On a cru et enseigné que le caillot qui ferme d'abord l'ouverture de l'artère, et qui donne lieu aux apparences de guérison, ne se détachant que par un point de sa circonférence, le sang devait, en pénétrant dans la cavité anévrismale à diverses reprises, former des couches distinctes et d'une densité différente. Mais comme nous l'avons déjà dit, on ne trouve rien de semblable, et les Auteurs qui ont parlé de cette disposition, ne se sont pas accordés entr'eux sur l'arrangement de ces couches ; ce qui prouve qu'ils n'en ont point parlé d'après l'observation.

Le sang, en s'échappant de l'ouverture de l'artère, exerce un frottement uniforme sur toute sa circonférence, d'où viennent tout à-la-fois l'augmentation de cette ouverture, et la forme circulaire dont elle se rapproche plus ou moins.

L'anévrisme faux consécutif s'accroît plus lentement que l'anévrisme vrai, surtout lorsque ce dernier est parvenu à un certain volume, et que les tuniques propres de l'artère sont déjà rompues. Dans celui-ci, en effet, l'ouverture de l'artère est assez ample dès le principe, et peut admettre une forte colonne de sang; ce qui n'a pas lieu dans le premier cas, où la poche anévrismale celluleuse est soumise à une force expansive beaucoup moins puissante.

L'anévrisme faux consécutif se présente sous la forme d'une tumeur circonscrite, située sur le trajet d'une artère, d'abord petite, et faisant des progrès très-lents, accompagnée de battemens isochrônes aux pulsations des artères. On distingue toujours une cicatrice, soit sur la tumeur elle-même, soit dans le voisinage. Cette tumeur n'est accompagnée ni de douleur, ni de changement de couleur à la peau; elle diminue par la pression quand elle est petite et récente; elle ne diminue que peu ou point par le même moyen quand elle est ancienne et volumineuse; et elle n'offre alors, au lieu de battemens, qu'un frémissement obscur et profond.

On voit par ce tableau combien les symptômes de cette maladie s'éloignent peu de ceux de l'anévrisme vrai, duquel elle ne diffère que par la lenteur de ses progrès, et par la circonstance d'avoir succédé à une blessure accompagnée d'hémorragie quelquefois considérable. On pourrait encore ajouter qu'à une certaine époque l'anévrisme vrai acquiert un développement plus rapide qu'il n'avait fait jusqu'alors, ce qui dépend de la rupture des tuniques propres de l'artère; mais, d'une

part, ce phénomène n'est pas toujours bien marqué dans l'anévrisme vrai; de l'autre, quelques circonstances particulières peuvent le produire dans l'anévrisme faux consécutif. Un homme fut blessé à la partie antérieure inférieure de la jambe; il survint une hémorragie considérable, qui fut arrêtée par la compression : la plaie se cicatrisa, et le malade parut guéri; mais il survint bientôt une petite tumeur accompagnée de battemens, qui souleva la cicatrice et s'accrut peu-à-peu. Le malade ayant reçu un coup sur cette tumeur, elle augmenta subitement de volume, devint douloureuse, et perdit ses battemens, On voit que, dans ce cas, les circonstances commémoratives pouvaient seules éclairer le diagnostic.

Le pronostic de l'anévrisme faux consécutif est absolument le même que celui de l'anévrisme vrai; comme dans ce dernier, la compression que la tumeur exerce sur le tronc principal, et la dilatation des branches collatérales, qui en est la conséquence, font de son ancienneté une circonstance favorable au succès du traitement; et comme l'anévrisme faux consécutif ne fait que des progrès très-lents, et qu'il peut subsister long-temps sans danger, on devrait peut-être n'en entreprendre la cure que quand la maladie est déjà ancienne, ou plutôt quand la tumeur est parvenue à un certain volume. Il est à remarquer que l'anévrisme faux consécutif peut conserver pendant long-temps un volume médiocre, et prendre ensuite tout-à-coup un accroissement considérable. Saviard rapporte l'exemple d'une tumeur anévrismale de cette espèce au pli du bras, du volume d'une

noix verte*, qui avait conservé, pendant vingt ans, la même grosseur, et qui s'était augmentée à tel point, que tout le bras en était extraordinairement tuméfié.

L'oblitération de l'artère malade dans le lieu de l'anévrisme et à une certaine distance au-delà, est dans ce cas, comme dans tous les autres de la même maladie, la condition sans laquelle il n'y a pas de guérison. Pour produire cette oblitération, on peut employer également la compression et la ligature, et nous renvoyons à tout ce que nous avons déjà dit de l'utilité comparée de ces deux moyens. Nous observerons seulement que, pour les raisons que nous avons déduites, la circonstance d'une tumeur contenant une assez grande masse de sang coagulé, que l'élasticité des parties environnantes repousse constamment vers l'artère, et qui peut faciliter la coagulation d'une nouvelle quantité de ce liquide dans le tube artériel, au-dessus de l'anévrisme, en cas de suspension de la circulation dans ce dernier, nous paraît favorable au succès de la compression pratiquée au-dessus de la tumeur; moyen qui d'ailleurs peut singulièrement favoriser le succès de l'opération, si elle devient nécessaire dans la suite.

Quant à l'opération, c'est-à-dire à la ligature de l'artère, elle doit être pratiquée absolument de la même manière que dans le cas d'anévrisme vrai; nous remarquerons seulement que l'ancienne et la nouvelle méthodes y sont également applicables; mais qu'à moins de raisons particulières, qu'il est difficile de déterminer, on doit préférer la première, parce que l'artère étant saine et son ouverture de peu d'étendue, les ligatures

peuvent être placées à une très-petite distance l'une de l'autre, et ne comprendre aucune des collatérales; que l'incision extérieure doit toujours être faite sur le trajet de l'artère et suivant sa direction naturelle, quelle que soit d'ailleurs la situation de la cicatrice qui indique le siége de la blessure qui a donné lieu à la maladie, et quelle que soit la forme de la tumeur; et que si la déviation de l'artère causait quelque difficulté pour la découvrir ou pour distinguer son ouverture, on pourrait facilement s'éclairer en faisant suspendre la compression, et en comprimant, s'il le faut, le vaisseau à la partie déclive du sac anévrismal.

Dans l'une et l'autre espèces d'anévrisme faux, on a proposé et pratiqué la compression immédiatement sur le vaisseau, après l'avoir mis à nu par des incisions convenables. L'opinion où l'on était que la compression était propre à procurer la guérison de la maladie sans oblitérer le vaisseau, a pu seule donner du crédit à un procédé dont l'expérience a bien démontré depuis l'inutilité et même le danger. Ce moyen ne peut que favoriser la formation d'un caillot à l'ouverture de l'artère, ou déterminer l'adhérence mutuelle de ses parois; or, ce dernier effet est bien plus sûr avec la ligature, qui n'est pas plus difficile à faire quand l'artère est à découvert; et ce dernier moyen agissant d'une manière isolée, n'expose pas au danger de la mortification du membre, presque inévitable avec la compression, qui n'agit pas sur l'artère seulement, mais bien sur tout le contour du membre, et par conséquent sur les anastomoses, qu'il est si important de laisser en liberté.

Les deux espèces d'anévrismes faux dont nous venons de parler, dépendent de la lésion des artères par une cause externe ; mais cette maladie n'est pas toujours la suite d'une plaie : elle peut dépendre de diverses autres causes. Des observations nombreuses, recueillies par des auteurs dignes de foi, attestent que des causes internes inconnues peuvent donner lieu à la saturation, en apparence calcaire, du tissu cellulaire qui unit la tunique interne et la musculeuse des artères ; ou à l'ulcération de la tunique interne, et successivement de la musculeuse ; ou enfin à la formation, dans l'épaisseur des parois d'une artère, de tumeurs de nature stéatomateuse, ou plutôt athéromateuse. Il semble même que ces trois affections aient entr'elles quelqu'analogie, et que ce que l'on a appelé dégénération *terreuse* (1), diffère de la véritable ossification des artères qu'on observe chez les vieillards, puisqu'on trouve quelquefois à la face interne du même vaisseau, et presque dans le même point, des ulcérations et des taches jaunes, dont les unes sont solides, et les autres contiennent une matière pultacée analogue au suif fondu. C'est ce que nous avons observé dans un cas dont nous donnerons l'histoire à la fin de cet article.

Les portions solidifiées de la surface interne des artères n'ayant d'autre liaison entr'elles que par le moyen de la membrane interne, et ne tenant d'ailleurs presque point au reste des parois artérielles, il est manifeste que l'effort latéral du sang peut facilement détruire la faible

(1) Scarpa, ouvrage déjà cité.

adhérence de ces sortes d'écailles, et que la consistance naturelle de la tunique musculeuse, d'ailleurs toujours altérée en pareil cas, se trouvant diminuée, le sang peut facilement surmonter sa résistance, parvenir sous la tunique celluleuse, et former ainsi un anévrisme auquel nous conservons la dénomination de *spontané*, sous laquelle il a été désigné. Les mêmes effets ont lieu, et d'une manière plus rapide, dans les cas d'ulcération, où il y a tout à-la fois perte de substance et débilitation des parois de l'artère.

Dans le cas d'athérome développé dans l'épaisseur des tuniques du vaisseau, l'une des parois de la tumeur repoussée vers l'intérieur de l'artère en diminue d'abord le calibre; et bientôt, cette même paroi étant détruite, soit par les progrès de la maladie, soit par des circonstances relatives à la circulation, le sang parvient rapidement sous la tunique celluleuse, qu'il distend à la manière d'un kyste.

Enfin, on conçoit que lorsqu'il existe quelques-unes de ces prédispositions morbifiques, le gonflement subit des muscles pour exécuter un mouvement violent, peut donner lieu à une crevasse de l'artère, ou même à sa rupture presque complète. On ne peut concevoir que de cette manière la formation subite de certains anévrismes, à l'occasion d'un violent effort; car on ne peut pas supposer que la structure des vaisseaux sanguins soit naturellement assez défectueuse, pour les exposer à être rompus par un effort, sans le concours d'une prédisposition morbifique. Ce n'est pareillement que de cette manière que l'on peut concevoir les déperditions de sub-

stance plus ou moins étendues des parois artérielles, que l'on a observées à l'ouverture de certains anévrismes.

L'anévrisme spontané est précédé ordinairement d'une douleur vague dans le membre, et de contractions spasmodiques des muscles; et si un effort ne donne pas lieu à l'apparition subite de la tumeur anévrismale, elle se développe successivement, et d'une manière plus ou moins lente.

On sent que dans ce dernier cas, la marche de la maladie diffère trop peu de celle de l'anévrisme vrai, pour que ces deux espèces d'anévrismes puissent être distinguées par des caractères propres; la seule différence qui puisse faire distinguer l'anévrisme spontané d'avec l'anévrisme faux consécutif, c'est que dans le premier, il n'y a pas eu de blessure où l'artère ait pu être intéressée.

Quant au pronostic et au traitement de l'anévrisme spontané, comme ils ne diffèrent presque en rien du pronostic et du traitement de l'anévrisme vrai, nous n'en parlerons point; nous remarquerons seulement, 1.° que dans l'anévrisme spontané, il est toujours à craindre de rencontrer ce qu'on a appelé diathèse anévrismale; 2.° que l'on n'est jamais sûr alors que les artères collatérales sur lesquelles on fonde l'espoir du succès, soient dans leur état naturel, et qu'elles ne partagent pas l'affection du tronc artériel qui les fournit.

De l'Anévrisme variqueux.

On appelle anévrisme variqueux, ou par anastomose,

ou varice anévrismale, une tumeur formée par le sang artériel qui a passé d'une artère dans une veine voisine, et qui en a opéré la dilatation.

La connaissance exacte de cette maladie n'est pas très-ancienne; elle a d'abord été décrite avec beaucoup d'exactitude par Guillaume Hunter; ensuite plusieurs autres praticiens célèbres l'ont observée, tant en Angleterre qu'en France; il est pourtant juste d'observer, comme l'a déja fait M. Scarpa, que Sennert avait décrit les principaux caractères de cette maladie, en donnant l'histoire d'un anévrisme variqueux qu'il avait vu, mais dont il ne connut pas la nature; et que Guattani avait publié deux observations semblables, où non-seulement il donne une description exacte et détaillée des symptômes tels qu'on les observe, mais encore que, par la seule réflexion, et sans le secours de l'autopsie, il indique les véritables causes et le mécanisme de cette espèce particulière d'a-» névrisme : « *Sanguis à foramine arteriæ prodiens*, » dit-il, *per venæ foramen intra basilicam se rectà* » *intulerit.* »

Les causes de cette maladie et le mécanisme de sa formation sont évidens : quand une veine unie intimement à une artère, est percée de part en part, et que l'artère est ouverte en même temps, ce qui arrive assez souvent par la pointe de la lancette dans l'opération de la saignée à la veine basilique médiane, le sang s'échappe d'abord au-dehors avec impétuosité; si l'ouverture extérieure est assez grande, il peut même en résulter une hémorragie difficile à arrêter. Mais si, par le moyen de la compression, on parvient à se rendre maître du sang, la plaie

extérieure de la veine et celle des tégumens se cicatrisent pendant que l'ouverture commune de l'artère et de la veine se conserve, entretenue par le passage du sang du premier dans le second de ces vaisseaux, et il s'établit entr'eux, pour le reste de la vie, une communication directe. Le sang artériel, en passant dans la veine, exerce sur les parois de cette dernière son effort latéral, et ne tarde pas à la rendre variqueuse dans une étendue plus ou moins considérable.

Dans les sujets maigres, la veine basilique médiane est tellement unie à l'artère brachiale, dont elle croise la direction à angle très-aigu, qu'il est presque impossible de l'ouvrir dans le point de ce rapport, sans risquer d'ouvrir l'artère en même temps. Aussi le pli du bras est-il la seule partie où l'anévrisme variqueux ait été bien observé jusqu'à présent. Cependant on conçoit que cet anévrisme peut survenir, aussi bien qu'au pli du bras, par-tout où les mêmes conditions se trouvent réunies, c'est-à-dire, par-tout où une artère d'un certain diamètre est collée immédiatement à une veine; c'est ainsi que M. Larrey, chirurgien distingué à Toulouse, a vu un anévrisme variqueux au jarret, produit par un coup d'épée qui avait ouvert la veine et l'artère poplitées. La pièce pathologique fut envoyée à l'Académie Royale de Chirurgie, avec l'histoire détaillée de cet anévrisme, qui n'a point été publiée, et qui doit se trouver dans les papiers de cette célèbre Compagnie.

L'union plus ou moins intime de la veine et de l'artère, dont la communication donne lieu à l'anévrisme variqueux, fait naître des différences importantes rela-

tives à la nature de la maladie, à ses conséquences et à son traitement : dans certains cas, les deux vaisseaux, extrêmement rapprochés, sont unis entr'eux par une couche fort mince de tissu cellulaire, dont l'inflammation légère produite par la blessure, rend encore plus intime l'union de l'artère et de la veine, et confond, pour ainsi dire, leurs parois dans le contour de l'ouverture commune. Dans ce cas, la communication et le passage du sang sont le plus libres possible; les cavités des deux vaisseaux ne sont séparées, dans le contour de l'ouverture, que par l'épaisseur de leurs parois réunies, et la tumeur est uniquement formée par la dilatation de la veine. Dans d'autres circonstances, le tissu cellulaire qui unit les deux vaisseaux, étant plus abondant et plus lâche, l'inflammation *adhésive* produit entr'eux une union moins intime, et bientôt le sang soulevant la gaîne celluleuse de l'artère, y forme un anévrisme faux circonscrit, qui fait l'office de canal de communication entre l'artère et la veine. Dans ce cas, le sang éprouvant une certaine stagnation dans le sac celluleux avant de passer dans la veine, y perd sa fluidité, et cette cavité se garnit de couches polypeuses, comme celles de tous les autres anévrismes, tandis que le sang qui pénètre dans la veine conserve sa fluidité et distend ce vaisseau; ensorte qu'il y a tout à-la-fois anévrisme faux circonscrit et varice anévrismale, deux maladies caractérisées chacune par ses signes propres, et ne formant au premier aspect qu'une seule tumeur. L'obliquité de la piqûre, d'où résulte un défaut de parallélisme dans l'ouverture des deux vaisseaux; un obstacle quelconque au libre

passage du sang de l'artère dans la veine; une compression incomplète qui s'oppose seulement à l'introduction du sang dans la veine, en aussi grande quantité qu'il s'échappe de l'artère, sont autant de causes propres à accélérer le développement de cette complication.

L'anévrisme variqueux se manifeste quelquefois trois ou quatre jours après la saignée qui lui a donné lieu; d'autres fois il ne paraît qu'après plusieurs semaines. Il se montre toujours sous la forme d'une tumeur oblongue, d'abord du volume d'une noisette, et qui acquiert dans la suite celui d'une noix alongée. Cette tumeur, au centre de laquelle répond la cicatrice de la blessure qui a causé la maladie, est toujours formée par la dilatation de la veine basilique médiane; mais cette veine n'est pas la seule qui soit dilatée par le passage du sang artériel, et pour peu que la maladie soit ancienne, la dilatation s'étend aux veines voisines, au-dessus et au-dessous du pli du bras. Quand le bras est pendant à côté du tronc, la tumeur augmente de volume, surtout lorsqu'on fait une légère compression sous l'aisselle; elle diminue au contraire, et disparaît même totalement, si le malade tient le bras fort élevé. Elle disparait également par la moindre compression exercée sur elle-même, ce qui permet de supposer qu'une partie du sang qu'elle contient est repoussée dans l'artère. La tumeur offre des pulsations, mais d'un mode tout-à-fait particulier et très-remarquable : elles sont isochrônes aux battemens du pouls, mais elles ne sont bien distinctes que dans le centre de la tumeur; à mesure que l'on s'éloigne de ce point, elles s'affaiblissent, se réduisent à une ondulation

à peine sensible, et disparaissent enfin complètement; elles sont accompagnées d'un bruissement, ou d'une sorte de sifflement pareil à celui de l'air que l'on fait sortir d'une seringue; et ce sifflement est quelquefois si marqué, que le malade en est incommodé et ne peut dormir si son bras est placé trop près de sa tête. Ce même phénomène est sensible pour l'organe du toucher si l'on porte sur la tumeur l'extrémité d'une sonde dont on tient l'autre extrémité entre les doigts, et mieux encore, si l'on saisit la sonde entre les dents; il suffit même d'appliquer légèrement un doigt sur la tumeur, pour distinguer le frémissement de ses parois,

Ces symptômes suffisent pour faire reconnaître l'anévrisme variqueux; mais cette maladie est encore caractérisée par les phénomènes suivans. Si l'on place sur le membre malade, immédiatement au-dessous de la tumeur, une ligature serrée au point d'intercepter totalement les battemens du pouls au dessous, la tumeur reste la même; ses battemens sont aussi distincts qu'auparavant; et si on la fait disparaître en la comprimant, elle reparaît au même instant où l'on supprime la compression, ce qui n'aurait certainement pas lieu s'il n'existait pas une communication immédiate entre l'artère et la veine correspondante. Si, pendant que la ligature est en place, on comprime l'artère avec un doigt, au-dessus de la tumeur et sans toucher à la veine, les battemens de l'anévrisme disparaissent, la tumeur s'affaisse, et si elle a été entièrement vidée par la compression, elle ne reparaît qu'à l'instant où l'on cesse d'intercepter le cours du sang dans l'artère. La tumeur et ses battemens

disparaissent de même, si l'on comprime l'artère au-dessus de la maladie, au point d'intercepter le cours du sang, et si en même temps on vide les veines en les comprimant. En plaçant deux ligatures, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la maladie, on retient le sang dans la partie de la veine comprise entre ces deux ligatures, il cesse d'être agité par les pulsations, et par des compressions alternatives on peut presque toujours le faire passer de la veine dans l'artère, et *vice versâ.* Enfin, quand la maladie est ancienne, l'artère augmente constamment de volume au-dessus du point de sa lésion, tandis que ses branches au-dessous de ce point deviennent plus petites, ce qui fait que le pouls, dans la partie inférieure du membre, est toujours plus faible que de l'autre côté du corps dans l'artère correspondante.

Lorsque la varice anévrismale est compliquée d'un anévrisme faux, ces deux tumeurs, quoiqu'elles se recouvrent mutuellement, ne tardent pas à se distinguer par leurs caractères propres : ainsi, la moindre pression suffit pour repousser dans l'artère le sang contenu dans la varice anévrismale, et pour faire disparaître le tremblement singulier qui accompagne ses battemens; mais alors on distingue une autre tumeur située plus profondément, et dont les battemens simples ne ressemblent point à ceux de l'anévrisme variqueux; cette seconde tumeur, collée à l'artère et formée par la distension de sa tunique celluleuse, ne tarde pas à contenir des caillots sanguins, des couches polypeuses, qui lui donnent une consistance plus solide, et lui font perdre sa réductibilité : pour lors il devient plus aisé de distinguer les deux

anévrismes; car, non-seulement les battemens des deux tumeurs sont différens, mais encore l'une est réductible par la moindre compression, et l'autre peut diminuer, et même cesser de battre par une compression suffisante, mais jamais disparaître complètement. De plus, l'anévrisme faux pouvant s'accroître de tel ou tel côté, selon le point de la gaîne celluleuse le plus disposé à céder, quand la maladie est ancienne, la tumeur peut présenter une forme irrégulière que n'affecte point l'anévrisme variqueux, dont la forme est toujours celle des varices.

Le pronostic de la varice anévrismale est beaucoup moins fâcheux que celui des autres espèces d'anévrismes; elle fait des progrès beaucoup moins rapides, et reste presque stationnaire quand elle est parvenue à un certain degré; ses effets se réduisent à un peu de pesanteur et d'engourdissement du membre, qui reste un peu plus faible, et l'on n'a jamais observé la rupture spontanée de cet anévrisme, accident si redoutable dans les autres espèces de cette maladie. Cependant, quand un anévrisme faux circonscrit complique l'anévrisme variqueux, la maladie est beaucoup plus grave; les mouvemens violens du membre peuvent déterminer un accroissement rapide de l'anévrisme faux, et les évènemens de ce dernier règlent le pronostic et le traitement.

L'anévrisme variqueux ne causant que de très-légères incommodités, les praticiens se sont bornés à un traitement palliatif à l'égard de cette maladie. On conseille au malade d'éviter les exercices pénibles et soutenus de l'extrémité supérieure affectée, et de préférer ceux où

ce membre est habituellement dans une position élevée. Cleghorn conseilla à un jeune homme qui portait cette maladie, et qui exerçait le métier de cordonnier, d'apprendre celui de perruquier; et quoique le malade en revînt à sa première profession, qu'il exerça toujours depuis, la maladie ne fit pas de progrès sensibles. Il est bon d'éviter les emmanchures d'habits trop étroites, et toute autre cause de compression qui pourrait retarder la circulation dans les veines du bras. Une compression légère, uniforme sur toute l'extrémité, si elle était praticable, serait utile; mais l'expérience prouve qu'elle n'est pas importante.

On ne peut obtenir la cure radicale de l'anévrisme variqueux, que par l'oblitération de l'artère lésée, et la ligature est le seul moyen d'y parvenir. En effet, la compression, de quelque manière qu'elle soit pratiquée, ne peut avoir aucun heureux résultat, et peut produire de mauvais effets; pratiquée sur la tumeur elle-même, si elle n'agit pas sur la totalité de l'ouverture, et surtout si elle agit plus vers le bas, elle ne fait que gêner le passage du sang, qu'elle n'intercepte pas totalement, et elle peut provoquer la complication dont nous avons parlé, ou bien accélérer l'accroissement de l'anévrisme faux, s'il existe déjà, ou le rendre diffus; pratiquée au-dessus de la tumeur, la compression agit surtout sur les veines superficielles, dans lesquelles elle gêne la circulation, et par-là la varice anévrismale éprouve une distension qui tend à produire le même effet. La ligature de l'artère, au-dessus et au-dessous de la tumeur, est donc le seul parti que l'on puisse prendre alors; mais ce

parti lui même n'est convenable qu'autant que l'anévrisme variqueux est compliqué d'un anévrisme faux, et qu'on a des raisons de craindre l'accroissement ultérieur de ce dernier. Il faut observer alors, qu'après l'ouverture de la varice anévrismale, on pénètre dans l'anévrisme faux, puis dans l'artère, et que pour placer commodément les ligatures autour de ce dernier vaisseau, il faut ouvrir l'anévrisme faux dans toute son étendue. On a pensé que la méthode de Hunter pourrait être appliquée avantageusement au traitement de l'anévrisme variqueux, et cette opération a été pratiquée; mais elle n'a pas réussi : la tumeur s'est montrée de nouveau, et les veines du bras sont restées dilatées, même au-dessus de la blessure qui avait donné lieu à la maladie.

§. III. *Considérations sur les Anévrismes en particulier.*

Il est très-facile d'appliquer aux anévrismes des diverses artères, ce que nous avons dit de cette maladie considérée d'une manière générale ; cependant, pour traiter complètement ce sujet, nous ajouterons ici quelques considérations particulières sur les anévrismes des différentes artères externes.

On observe rarement l'anévrisme de l'artère temporale, et plus rarement encore celui de l'occipitale ; cependant il y a lieu de croire que la compression pourrait être appliquée avec succès au traitement de ces

anévrismes, la situation de ces artères réunissant les conditions les plus favorables à l'emploi de ce moyen.

L'anévrisme de l'artère labiale n'a point encore été observé; s'il se rencontrait, la mobilité des parties dans lesquelles cette artère est placée; le défaut d'un point d'appui commode et sûr, rendraient inadmissible tout autre moyen que la ligature.

On trouve dans les Ephémérides des Curieux de la Nature, une observation d'anévrisme développé dans l'épaisseur de la conque de l'oreille, à la suite d'une blessure de cette partie; la gangrène d'une partie de la tumeur en amena l'ouverture, et l'on eut beaucoup de peine à se rendre maître du sang. Il faut convenir que dans cette position, la compression sur la tumeur serait impraticable, et la ligature très-difficile. Le parti le plus simple serait de chercher à comprimer contre le crâne l'artère auriculaire postérieure; mais la compression ne serait utile qu'autant que cette artère naîtrait de l'occipitale, comme il arrive assez souvent; car il est probable que dans tout autre cas, une compression dirigée contre cette artère à travers la glande parotide, l'atteindrait difficilement, et serait peut-être insupportable.

J'ai vu, comme j'ai déjà dit, un anévrisme de l'artère auriculaire postérieure, situé entre l'apophyse mastoïde du temporal et le pavillon de l'oreille. La tumeur, dont le volume n'était guère plus considérable que celui d'un gros pois, présentait des battemens, disparaissait entièrement par la pression, et reparaissait aussitôt qu'on cessait de la comprimer. Comme cette tumeur n'avait

fait aucun progrès depuis fort long-temps, et qu'elle ne causait aucune incommodité, je conseillai de ne point y toucher.

Anévrismes de l'artère Carotide primitive.

L'artère carotide primitive est si grosse et si voisine du cœur, que ses moindres blessures fournissent une hémorragie si considérable, qu'elle fait presque toujours périr le malade sur-le-champ. Cependant on a des exemples de blessés, qui n'ont point succombé à cette hémorragie, et chez lesquels on a pu faire la ligature de l'artère. Lorsqu'on a pratiqué pour la première fois cette ligature, on savait depuis long-temps, par des faits pathologiques et par des expériences faites sur les animaux vivans, que le cours du sang peut être intercepté dans l'une des carotides primitives et même dans toutes les deux, sans que le cerveau cesse de recevoir la quantité de sang nécessaire à l'exercice et à l'intégrité de ses fonctions. Le premier exemple de la ligature de l'artère carotide primitive, pratiquée pour arrêter l'hémorragie fournie par sa blessure, est, je crois, celui que Hebenstreit rapporte dans les notes qu'il a ajoutées à sa traduction du Système de Chirurgie de Benjamin Bell. Cette artère fut ouverte dans l'extirpation d'une tumeur squirrheuse : l'hémorragie abondante qui survint dans l'instant même aurait fait périr le malade, si le Chirurgien n'eût pas conservé sa présence d'esprit, et n'eût fait sur-le-champ la ligature du tronc de l'artère. L'opération réussit, et le malade vécut plusieurs années après. Nous devons à M. Abernethy un second exemple

de la ligature de la carotide commune dans un cas où l'artère carotide interne et les principales branches de la carotide externe avaient été ouvertes par la corne d'une vache. Voici le fait : un homme fut frappé au cou par une vache : la corne de l'animal entra par le côté gauche du cartilage cricoïde, et pénétra jusqu'aux vertèbres; elle monta ensuite le long du corps de ces os jusqu'à la base du crâne; elle sortit enfin derrière l'angle de la mâchoire', en découvrant et lésant un peu dans son passage la glande parotide, et en lacérant la peau de la figure jusqu'à la hauteur de la partie moyenne de l'oreille. L'artère carotide interne et les principales branches antérieures de la carotide externe furent déchirées. Malgré la grosseur de ces vaisseaux, l'hémorragie ne fut pas immédiate; néanmoins, on ne fut pas long-temps sans observer que le sang coulait abondamment au bas du cou, et que la pression générale sur la plaie ne pouvait arrêter l'hémorragie : celle-ci n'était suspendue que par la compression de l'artère carotide commune contre les vertèbres cervicales inférieures. On essaya d'abord de lier les artères les plus superficielles; mais les lèvres de la plaie étant lacérées, les premières ligatures embrassaient des portions de chair, et ne pouvaient assujettir les vaisseaux. Il parut nécessaire d'agrandir la plaie pour pénétrer jusqu'au tronc de la carotide commune, et en conséquence une incision ayant été faite entre ce vaisseau et la trachée, dans une direction parallèle à chacune de ces parties, M. Abernethy passa le doigt indicateur au-dessous du tronc de la carotide commune, et en la comprimant entre ce doigt et le

pouce, il arrêta efficacement l'hémorragie. La pression ayant été suspendue, il sortit un torrent de sang du fond de la plaie; on passa donc une ligature autour de la carotide, à un pouce au-dessous de sa division; on serra la ligature, et l'écoulement du sang fut arrêté; ensuite les bords de la plaie furent rapprochés au moyen de bandelettes agglutinatives. Le malade alla d'abord fort bien; mais dans la nuit il survint du délire, des convulsions, et il mourut trente heures après l'opération. A l'ouverture du corps, qui fut faite le lendemain, le cerveau parut avoir éprouvé une inflammation très-intense; les vaisseaux de la pie-mère semblaient avoir été injectés, et dans plusieurs endroits, à la surface des circonvolutions du cerveau, on aurait pu croire, d'après les apparences, à l'existence d'un épanchement sanguin. Un amas très-considérable de matière gélatineuse avait lieu entre la pie-mère et l'arachnoïde : un liquide aqueux très-abondant, d'une couleur brunâtre, était épanché dans les ventricules. En examinant le cou, on vit que l'artère carotide commune avait seule été comprise dans la ligature. L'artère thyroïdienne supérieure, la linguale et les branches faciales de la carotide externe avaient été séparées du tronc, et l'on voyait la carotide interne déchirée en travers. Le nerf de la huitième paire, le grand sympathique et les nerfs de la langue ne paraissaient avoir souffert aucune lésion. Le nerf laryngé supérieur et la branche descendante de la neuvième paire étaient ceux qui avaient été intéressés dans l'accident.

Depuis que M. Abernethy a pratiqué l'opération que

nous venons de rapporter, d'autres Chirurgiens en Angleterre, en France et ailleurs, ont fait la ligature de l'artère carotide commune pour arrêter l'hémorragie produite par la blessure de cette artère, ou par celle de la carotide externe. Les résultats de cette ligature ont été divers : quelques malades sont guéris, la plupart ont succombé; mais leur mort doit être attribuée moins aux effets de la ligature qu'à ceux de leur blessure, et à la perte excessive de sang qu'ils avaient éprouvée.

On trouve dans les auteurs quelques exemples de blessures de l'artère carotide commune par un coup de feu, dans lesquelles l'hémorragie a été arrêtée sans retour par la compression; mais en considérant la grosseur de la carotide commune, et sa situation peu favorable pour qu'on puisse la comprimer solidement, n'est-on pas autorisé à douter si c'est elle qui a été blessée dans les cas dont il s'agit, ou bien seulement la carotide externe, ou quelques-unes de ses principales branches?

La ligature est donc le seul moyen efficace d'arrêter solidement l'hémorragie qui résulte de la blessure de l'artère carotide commune. Mais pour que cette ligature puisse être faite, il faut un concours de circonstances favorables qui se rencontrent rarement; ensorte que les plaies dans lesquelles cette artère est intéressée sont presque toujours mortelles, comme nous l'avons dit plus haut. Au reste, on conçoit sans peine que la plaie extérieure est rarement assez considérable pour qu'il ne soit pas nécessaire de l'agrandir, afin de mettre l'artère à découvert dans une assez grande étendue, pour qu'on

puisse en faire aisément la ligature au-dessous et au-dessus de l'endroit où elle a été ouverte.

Entre les artères d'un calibre considérable, la carotide commune est une de celles qui sont le moins souvent attaquées d'anévrisme. Cependant on trouve dans les auteurs un assez grand nombre d'exemples bien avérés d'anévrismes de cette artère. Presque toujours ces anévrismes sont vrais ou faux spontanés; car pour peu qu'une blessure de la carotide commune soit considérable, l'hémorragie fait périr le malade s'il n'est promptement et efficacement secouru. Toutefois il n'est pas absolument impossible que le blessé survive à une piqûre de cette artère par un instrument très-étroit, et alors il peut se former un anévrisme faux consécutif, comme on l'a observé quelquefois. Tous les points de la longueur de la carotide commune peuvent être le siége de l'anévrisme; mais le plus souvent il se développe à sa partie supérieure, un peu au-dessous de sa bifurcation.

Cet anévrisme présente les mêmes phénomènes que celui des autres artères : néanmoins le diagnostic est beaucoup plus difficile ici que dans aucune autre région du corps. En effet, d'un côté, des tumeurs formées par l'engorgement des glandes lymphatiques, ou du tissu cellulaire qui environne l'artère carotide, celui de la glande thyroïde, surtout lorsqu'il s'y forme une collection purulente, comme cela a lieu quelquefois, peuvent simuler l'anévrisme par les pulsations que l'artère leur communique; d'un autre côté, les anévrismes anciens qui ont perdu leurs battemens, dont la peau est altérée, et qui menacent de s'ouvrir, peuvent d'autant plus faci-

lement être pris, par des Chirurgiens inattentifs, pour des abcès froids, que le cou est souvent le siége de cette dernière maladie. On peut donc se tromper de deux manières dans le diagnostic des tumeurs situées sur le trajet des artères carotides communes : ou en prenant pour un anévrisme une tumeur d'une autre nature, ou en considérant comme non anévrismales des tumeurs qui le sont réellement. Dans le premier cas, la méprise n'a d'autre inconvénient que celui d'inspirer des craintes qui ne sont point fondées et de suggérer des précautions inutiles; dans le second, elle deviendrait funeste si on avait l'imprudence d'ouvrir la tumeur, comme cela a été fait quelquefois.

Abandonné à lui-même, l'anévrisme de l'artère carotide commune augmente successivement de volume et finit par faire périr le malade. Cette terminaison funeste n'est pas toujours l'effet de l'ouverture spontanée de la tumeur et de l'hémorragie qui en résulte : elle dépend quelquefois de l'obstacle que la tumeur apporte à la déglutition et à la respiration, par la pression qu'elle exerce sur le pharynx, l'œsophage, le larynx, et la trachée-artère. Cependant on trouve dans les auteurs des observations de guérison spontanée de l'anévrisme de la carotide : mais comme on peut se tromper, ainsi que nous venons de le dire, dans le diagnostic des tumeurs de la région antérieure du cou, et prendre pour un anévrisme de cette artère une tumeur d'une autre nature, on ne doit regarder ces guérisons comme bien avérées, qu'autant que les malades étant morts au bout d'un temps plus ou moins long après la disparition de la

tumeur, on a pu s'assurer par l'ouverture des corps, que la carotide était oblitérée dans l'endroit même de cette tumeur, et dans une étendue plus ou moins grande au-dessous et au-dessus de cet endroit. Les faits de cette nature sont extrêmement rares. Parmi ceux qui nous sont connus, celui que J. L. Petit a observé, et qui est consigné dans les mémoires de l'Académie Royale des Sciences, année 1765, nous paraît le plus remarquable et le mieux constaté. La tumeur située un peu plus bas que l'angle de la mâchoire inférieure, était de la grosseur d'un œuf de pigeon; on y sentait des pulsations très-manifestes, et quand on la comprimait on la faisait disparaître: mais bientôt après elle se reproduisait comme auparavant. Plusieurs médecins et chirurgiens appelés en consultation furent presque tous du même avis sur la nature de la tumeur : on décida que c'était un anévrisme vrai. Les sentimens se partagèrent quand il fut question de fixer précisément le siége de cet anévrisme: Petit dit qu'en son particulier il présumait que c'était vers la bifurcation du tronc de la carotide que la dilatation s'était faite. On conseilla au malade de se faire saigner fréquemment, d'observer le plus grand régime, et d'éviter avec soin tout exercice violent tant du corps que de l'esprit. Ces moyens furent employés pendant près de trois mois, et la tumeur diminua de moitié. Mais le malade jouissant en apparence d'une bonne santé oublia les conseils qu'on lui avait donnés ; il négligea de se faire saigner, il abandonna le régime et reprit sa manière de vivre ordinaire : la tumeur n'en continua pas moins à diminuer et disparut enfin tout-à fait. Il ne resta de cette

maladie qu'un petit nœud situé sous la mâchoire à l'endroit où la tumeur avait existé; ce nœud était fort dur, d'une forme oblongue et sans aucune pulsation: les artères temporale et maxillaire de ce côté battaient très-faiblement. Au bout de sept ans, pendant lesquels le malade jouit d'une très-bonne santé, il fut frappé d'une forte apoplexie, dont il mourut en quelques jours.

A l'ouverture du corps, qui fut faite par Petit, on trouva l'artère carotide droite complètement oblitérée depuis sa séparation de la sous-clavière droite jusqu'à sa division en deux branches principales, ce qui répond à peu-près à l'angle de la mâchoire inférieure : en se bouchant tout-à-fait, cette artère qui est ordinairement grosse comme le bout du petit doigt, s'était convertie en un cordon grêle, dans l'intérieur duquel on ne distinguait aucune trace de conduit, et ce cordon pouvait avoir environ deux lignes de diamètre.

Il y avait dans le bas de cette artère, précisément à l'endroit où elle se sépare de la sous-clavière, un petit sac anévrismal, gros comme une noix muscade ordinaire; sa tunique était fort mince, et l'intérieur de sa cavité était rempli par une matière en partie graisseuse, en partie semblable à du sang desséché : on distinguait encore l'ouverture par laquelle, avant l'oblitération de l'artère, ce sac communiquait avec la cavité de l'artère elle-même; cette ouverture était fort petite.

Enfin, à la place de la tumeur ci-dessus décrite, il se trouvait un nœud dur, oblong, gros comme le noyau d'une olive et qui n'avait aucune cavité à l'intérieur : les artères laryngée, sublinguale et maxillaire y aboutis-

saient, et avaient un calibre plus petit que dans l'état naturel.

L'anévrisme de l'artère carotide commune a été regardé comme incurable par l'opération, jusqu'au temps où l'expérience a fait connaitre que l'on pouvait guérir les anévrismes en liant l'artère entre le cœur et la tumeur, sans ouvrir celle-ci. Cette opinion était fondée sur l'impossibilité de suspendre sûrement et entièrement le cours du sang dans l'artère, pendant l'opération, en la comprimant au-dessous de l'anévrisme. On craignait avec raison qu'en ouvrant la tumeur, le malade ne mourût d'hémorragie entre les mains du Chirurgien, comme cela est arrivé à l'hôpital de la Charité de Paris en 1675, dans un cas rapporté par Harder. On eut la témérité d'ouvrir la tumeur, pour lier l'artère selon la méthode ordinaire, et malgré la compression exercée sur la partie inférieure de l'artère, aussitôt que quelques caillots furent sortis, le sang s'écoula en si grande abondance et avec tant d'impétuosité que le malade mourut entre les mains des Chirurgiens (1). On n'a point ce danger à craindre en pratiquant l'opération selon la méthode de Hunter. Scarpa est, je crois, le premier qui ait conçu la possibilité d'appliquer cette méthode au cas dont il s'agit, et qui ait donné le conseil de le faire; mais il n'a eu aucune occasion de la pratiquer. Elle a été exécutée pour la première fois par M. Astley Cooper, Chirurgien de l'hôpital de Guy à Londres, le premier novembre 1802,

(1) *Apiarium Observationum medicarum*, obs. 86.

sur une femme âgée de 44 ans, affectée depuis environ cinq mois d'un anévrisme de la carotide droite. A cette époque, la tumeur s'étendait depuis le menton jusqu'à l'angle de la mâchoire inférieure, et descendait jusqu'à deux pouces et demi de la clavicule. Des pulsations très-fortes s'y faisaient sentir, et la peau était amincie à sa partie la plus proéminente ; les parties molles externes de la tête, du côté correspondant à la tumeur, étaient devenues si sensibles qu'on ne pouvait les toucher sans causer de la douleur : la malade se plaignait d'un certain battement au cerveau qui l'empêchait de dormir : elle n'avalait les alimens solides qu'avec une extrême difficulté, et une toux violente la tourmentait sans cesse.

M. Cooper fit une incision longue de deux pouces sur le côté interne du muscle sterno-mastoïdien, depuis la partie inférieure de la tumeur jusqu'à la clavicule. Les muscles omoplat et sterno-hyoïdiens mis à découvert par cette incision furent poussés vers la trachée, et alors on aperçut la veine jugulaire interne. Les mouvemens de cette veine apportèrent quelque difficulté dans l'opération, parce que, d'après les différens temps de la respiration, elle se présentait à l'instrument tantôt distendue, et tantôt entièrement affaissée. M. Cooper introduisit le doigt dans la plaie pour écarter la veine et la soustraire à l'action de l'instrument. Il mit l'artère à nu en incisant sa gaine celluleuse; il la sépara des nerfs qui l'accompagnent, et passa au-dessous d'elle une aiguille courbe, enfilée de deux ligatures, en ayant soin d'écarter, d'un côté, le nerf récurrent, et de l'autre, le tronc

de la huitième paire. Les deux ligatures furent ensuite liées à un demi-pouce l'une de l'autre, ce qui était la plus grande distance que l'on pût mettre entre elles. L'artère ne fut point coupée entre les ligatures. Les pulsations de la tumeur cessèrent aussitôt que l'artère fut liée, et celles du cerveau diminuèrent. L'opération étant terminée, la plaie fut pansée superficiellement, et la malade quitta la chaise sur laquelle elle avait été assise pendant l'opération; il lui survint une quinte de toux si violente, que l'on crut un instant qu'elle en perdrait la vie. Cette toux semblait venir d'une accumulation de mucus dans la trachée, qui ne pouvait être expulsé au-dehors; elle dura près d'une demi-heure et finit par s'appaiser.

Le lendemain de l'opération, la pulsation de la tumeur n'était point revenue, et celle du cerveau avait cessé. Les symptômes furent favorables jusqu'au septième jour qu'il survint une irritation générale très-grande; le bras droit et la jambe du même côté furent privés de sentiment, et la malade ne pouvait les mouvoir qu'avec une grande difficulté. Ces symptômes diminuèrent; mais la malade ne pouvait avaler les alimens solides, et elle était tourmentée par une toux fréquente. Le onzième jour, les ligatures se détachèrent; le douzième, l'état de la malade paraissait meilleur à tous égards; la tumeur avait diminué de volume, et la déglutition se faisait avec moins de difficulté. Mais le quatorzième jour, une irritation générale très-violente parut de nouveau; la tumeur avait augmenté de volume et était très-douloureuse au toucher; la plaie paraissait

aussi étendue qu'à l'instant de l'opération, et elle fournissait une sanie séreuse; la malade se plaignait d'une grande difficulté pour avaler, et d'une toux aussi violente que prolongée; son pouls était fréquent, et le bras gauche plus faible que l'autre. Depuis lors la tumeur augmenta de volume, et la peau, à sa surface, devint d'un rouge brun. Le dix-septième jour, le pouls était petit, et présentait cent huit pulsations par minute; la malade ne pouvait plus avaler, même sa salive, et tout essai de déglutition produisait une toux violente. Elle mourut le dix-neuvième jour.

A l'ouverture du corps on trouva le sac anévrismal enflammé, et dans son intérieur, outre le caillot de sang, une quantité considérable de pus. L'inflammation s'étendait au-dehors du sac, le long du nerf de la huitième paire, presque jusqu'à la base du crâne. La glotte était en grande partie oblitérée, et la surface externe de la trachée enflammée et tapissée de lymphe coagulable adhérente à sa membrane muqueuse. L'accroissement subit de la tumeur par l'effet de l'inflammation, et son volume avant l'opération, avaient occasionné une telle pression sur le pharynx, qu'on avait beaucoup de peine à introduire dans son intérieur une bougie de la grosseur d'une plume d'oie. Les nerfs qui avoisinent l'artère n'avaient éprouvé aucune lésion, et aucun d'eux n'était compris dans la ligature. La mort paraissait avoir été causée par l'inflammation du sac anévrismal et des parties adjacentes, et cette inflammation avait tellement augmenté le volume de la tumeur, que cette dernière, par sa pression sur le pharynx, empêchait la déglutition,

et sur le larynx excitait une toux violente, et mettait des obstacles à la respiration (1).

Quoique cette opération n'ait point réussi, néanmoins elle a été avantageuse en ce qu'elle a prouvé que dans l'anévrisme de la carotide commune on peut lier cette artère au-dessous de la tumeur, que les ligatures se détachent sans qu'il survienne d'hémorragie; en sorte que si l'opération est pratiquée dans des circonstances favorables, elle peut avoir du succès, comme elle en a eu effectivement dans le cas suivant.

Dans le mois de juin 1808, M. Astley Cooper opéra, à l'hôpital de Guy, un homme agé de 50 ans, affecté d'un anévrisme de l'artère carotide commune gauche. Cet anévrisme existait depuis six à sept mois; il était accompagné d'une vive douleur du côté gauche de la tête, d'un mouvement de pulsation dans le cerveau, d'une grande difficulté dans la prononciation, et d'une légère difficulté de respirer. Lorsque le malade essayait de se baisser, il éprouvait une sensation insupportable, et comme si la tête eût été prête à se fendre, il avait des vertiges accompagnés de perte de la vue, et d'une insensibilité presque totale. La tumeur était située exactement au dessous de l'angle de la mâchoire inférieure, et vers la bifurcation de la carotide commune. Elle avait le volume d'un œuf de poule, et présentait une proéminence à sa partie moyenne : le cou avait une longueur considérable propre à laisser un grand espace pour découvrir l'artère carotide.

---

(1) *Med. Chir. Trans.* Vol. I, p. 1.

M. Cooper commença son incision au niveau de la partie moyenne du cartilage thyroïde, à la base de la tumeur, et la prolongea jusqu'à un pouce de la clavicule, sur le côté interne du muscle sterno-cléido-mastoïdien. En soulevant le bord de ce muscle, on pouvait voir distinctement l'omoplat-hyoïdien qui croise la direction des vaisseaux, et la branche descendante de la neuvième paire. M. Cooper sépara ensuite le muscle sterno-mastoïdien de l'omoplat-hyoïdien; la veine jugulaire, qui, dans son état de distension, s'étend sur l'artère carotide commune, devint alors apparente. En écartant la veine, le nerf de la huitième paire, qui est situé entre elle et la carotide, quoiqu'un peu à son côté interne, fut mis à nu. On évita facilement ce nerf. Une aiguille courbe d'acier, faite exprès, et portant un double lien, fut alors passée au-dessous de l'artère. Deux ligatures ayant été introduites de la sorte sous le vaisseau, on lia immédiatement l'inférieure. M. Cooper sépara ensuite l'artère des parties environnantes dans l'étendue d'un pouce au-dessus de la ligature inférieure, et lia la supérieure après l'avoir conduite dans l'endroit le plus élevé de cet espace; une aiguille enfilée fut passée au travers du vaisseau au-dessus de la ligature inférieure et au-dessous de la supérieure; ensuite l'artère fut divisée entre les deux ligatures. Le pansement fut fait en rapprochant les bords de la plaie avec des bandelettes agglutinatives et en mettant par dessus de la charpie et des compresses qui furent également maintenues au moyen des bandelettes agglutinatives.

Aussitôt après l'opération, le malade fut délivré d'une

douleur atroce qui s'était manifestée deux mois après la formation de la tumeur, et qui s'étendait vers la tempe gauche : elle était accompagnée d'un battement violent de toutes les artères de ce côté. Cette douleur ne reparut plus; la pulsation de la tumeur n'avait pas entièrement cessé, quoiqu'elle fût assez diminuée pour être obscure; le malade n'éprouva aucun symptôme fâcheux après l'opération. Le 3.e jour, la tumeur était consistante, et ne paraissait contenir que du sang coagulé. Pendant les quinze premiers jours il ne se passa rien de particulier, le malade fut seulement incommodé d'une toux fatiguante qui amenait une expectoration à la fois abondante et difficile. La ligature supérieure se détacha le vingt-deuxième jour, et l'inférieure le lendemain. On ne sentait alors presque plus de battemens dans la tumeur, qui était réduite au quart du volume qu'elle avait avant l'opération. Le 50.e jour il ne se fit plus sentir de battemens : l'endroit de la tumeur était abaissé au niveau des parties voisines, et la peau était ridée par suite de la distension qu'elle avait éprouvée. Au bout de 68 jours, la plaie fut complètement guérie, et le malade bien rétabli. Il jouissait encore d'une parfaite santé, six ans après l'opération, lorsque M. le professeur Roux fit son voyage en Angleterre (1).

M. Cline fit l'opération de l'anévrisme de la carotide commune, le 16 décembre 1808, à l'hôpital S.-Thomas à Londres. Le malade était un homme robuste et d'un

---

(1) *Loco citato*, p. 222.

âge moyen. La tumeur était très-grosse, et son développement avait été rapide : la pression qu'elle exerçait sur les parties voisines était telle qu'elle gênait la déglutition et la respiration, et qu'elle avait fait dévier le larynx de sa position naturelle. Le malade était tourmenté d'une toux fréquente et très-incommode. La douleur qu'il ressentait se bornait à la tumeur et au côté correspondant de la face. Tous ces symptômes se dissipèrent pendant les douze premières heures qui suivirent l'opération. Ils reparurent ensuite avec plus d'intensité, surtout la toux et la difficulté de respirer. Une fièvre violente survint en même temps ; le malade mourut le quatrième jour après l'opération (1).

Ces observations auxquelles nous pourrions en joindre un assez grand nombre d'autres, dans plusieurs desquelles on voit que l'opération a eu tout le succès possible, démontrent clairement que l'anévrisme de la carotide commune peut être guéri par la méthode de Hunter, lorsqu'il existe entre la tumeur et la clavicule un intervalle assez grand pour que l'artère puisse être mise à découvert. Et comme le succès de l'opération est d'autant plus probable que la tumeur est située plus haut, qu'elle est moins volumineuse, et que la pression qu'elle exerce sur le pharynx et le larynx n'a pas encore été portée au point de causer une grande irritation de ces organes et d'en déranger les fonctions, on doit la pratiquer de bonne heure et avant que la maladie ait fait

(1) *London, Medical Review*, vol. II, p. 250.

des progrès considérables. Toutefois, comme cette opération est très-grave, et son succès fort incertain, si les circonstances dont la maladie est accompagnée ne la rendent pas urgente, on doit, avant de l'entreprendre, essayer les moyens qui ont quelquefois procuré la guérison des anévrismes, tels que les saignées répétées, le repos le plus parfait, une diète sévère et l'application assidue de la glace. Ces moyens sont les seuls qui puissent être employés pour éloigner le terme fatal de la maladie, lorsque le volume de la tumeur ne permet pas d'entreprendre l'opération.

On pratique cette opération conformément aux règles générales que nous avons indiquées en parlant de l'opérasion de l'anévrisme par la méthode de Hunter. Ainsi on met la carotide commune à découvert entre la tumeur et la clavicule par une incision de deux à trois pouces, le long du bord interne du muscle sterno-mastoïdien; on ouvre la gaine celluleuse qui renferme cette artère et la veine jugulaire interne: on sépare ces vaisseaux l'un de l'autre, et du nerf de la huitième paire qui est placé plus en arrière: on passe au-dessous de l'artère avec une aiguille à pointe mousse ou un stylet à œil une double ligature, dont on noue les extrémités sur un petit rouleau de sparadrap de diachylon gommé, par deux nœuds simples l'un sur l'autre. Ensuite on panse la plaie et on se conduit pour le traitement comme dans tous les autres cas d'anévrismes.

L'anévrisme de l'artère carotide primitive n'est pas la seule maladie pour laquelle on ait fait la ligature de cette artère. M. Travers, chirurgien de l'hôpital de S.-Thomas

à Londres, a pratiqué cette opération pour une tumeur fongueuse sanguine artérielle située dans l'orbite : maladie à laquelle les Anglais donnent le nom d'anévrisme par anastomose.

La malade était une femme de 34 ans, qui, quelques années avant l'opération, s'aperçut qu'elle avait une tumeur pulsative dans l'orbite. Cette tumeur s'accrut par degrés de manière à remplir la plus grande partie de l'orbite, en poussant en avant le globe de l'œil, et distendant les paupières qui formaient comme deux poches séparées. Elle était en quelque sorte divisée en deux portions, une supérieure et l'autre inférieure. La première occupait la moitié supérieure de l'angle de l'œil : elle était très-compressible, donnant au toucher une sensation comme si elle eût renfermé de la laine, et offrant une légère pulsation quand on la comprimait fortement. Les veines de la paupière supérieure et celles des ailes du nez étaient distendues et variqueuses : la peau était extrêmement tuméfiée sur le sac lacrymal. La seconde portion ou la portion inférieure de la tumeur, qui s'avançait au-dessus du trou sous-orbitaire, avait une forme conique et était très-élastique au toucher. On pouvait repousser en arrière dans l'orbite cette portion de la tumeur; mais alors la pulsation devenait violente, et la douleur était insupportable par suite de la pression augmentée du globe de l'œil sur le fond et le côté de l'orbite. Une compression exacte des artères temporale et maxillaire externe ne produisait aucune diminution dans le volume de la tumeur et dans la force de ses pulsations. Au contraire, quand l'artère carotide

commune était comprimée, les pulsations cessaient entièrement. La compression de la tumeur produisait une douleur violente et les applications froides avaient été essayées sans succés. L'ablation de la tumeur ne pouvait pas être entreprise, parce qu'on n'en connaissait pas l'étendue dans le fond de l'orbite, et qu'elle exigeait préalablement l'extirpation de l'œil. La cessation des battemens de la tumeur par la compression de l'artère carotide commune, donna lieu de penser que la ligature de cette artère pourrait procurer la guérison de la maladie, en empêchant l'abord et l'impulsion du sang dans la tumeur, et M. Travers sachant d'ailleurs, d'après l'expérience de M. Cooper, qu'on peut lier avec succès l'artère carotide, se détermina à pratiquer cette opération.

La malade étant couchée, le cou soutenu par un oreiller, et le menton légèrement tourné vers l'épaule gauche, M. Travers incisa la peau le long du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien dans l'étendue de deux pouces et demi environ. Cette incision qui se terminait inférieurement à un pouce au-dessus de l'extrémité interne de la clavicule, mit à découvert les fibres du muscle; le bord de celui-ci fut soulevé, et la gaine des vaisseaux incisée avec précaution du côté de la trachée. On passa au-dessous de l'artère, par cette plaie qui avait fort peu d'étendue, une aiguille courbe enfilée d'une double ligature, en prenant soin d'éviter la veine jugulaire interne et le nerf de la huitième paire. L'aiguille ayant été retirée, les ligatures furent liées séparément, l'inférieure à la partie la plus basse de la dénudation de l'artère, et la supérieure à la plus haute. Elles

étaient à environ trois lignes de distance l'une de l'autre. Les lèvres de la plaie furent légèrement rapprochées par des bandelettes agglutinatives, et les ligatures maintenues en dehors vis-à-vis de l'endroit de leur application sur l'artère. Avant que la malade fût remise dans son lit, elle observa que la douleur qui se faisait sentir dans la tumeur était suspendue, et que le bruit de la tête avait entièrement cessé. Le troisième jour après l'opération, on observa, au moyen d'un léger contact du doigt, une sensation de bruissement dans les deux parties de la tumeur : par une forte pression, la partie inférieure présentait même une pulsation. Le cinquième jour, les tumeurs étaient considérablement diminuées, et l'œil se trouvait moins proéminent, mais il éprouvait une légère pulsation. L'opération ne fut suivie d'aucun accident; la ligature supérieure se détacha le vingt-unième jour, et l'inférieure le vingt-deuxième. Au bout de cinq semaines, les tumeurs ainsi que les pulsations étaient évidemment diminuées, et la malade était délivrée des douleurs cruelles qui l'avaient tourmentée pendant plusieurs années. Quatre mois après, le volume des tumeurs était bien moindre, de même que leur mouvement de frémissement. Cinq mois après l'opération, la malade fit une fausse couche qui amena une hémorragie; elle eut des syncopes, et resta dans un état de débilité extrême. Le lendemain matin, on remarqua que la tumeur supérieure était aplatie, et que la pulsation avait entièrement cessé. Dans le courant du mois qui suivit cet accident, la tumeur supérieure et le gonflement des tégumens entre les sourcils disparurent en-

tièrement; l'œil faisait moins de saillie, la tumeur inférieure n'était plus élastique et n'offrait plus de pulsations. La malade resta pendant quelque temps dans cet état de faiblesse, qui fut encore augmenté par des évacuations de sang par les selles. Deux mois après, le seul vestige que l'on put découvrir de la maladie, était une petite tumeur du volume d'un pois à l'angle interne de l'œil. Cinq ans après la ligature de la carotide, cette femme était en parfaite santé, et avait eu trois couches. La guérison de la tumeur était si complète, qu'il était impossible de découvrir dans l'orbite aucune trace de cette maladie (1).

M. Dalrymple, chirurgien à Norwich, a fait aussi avec succès la ligature de l'artère carotide commune pour une tumeur fongueuse sanguine de l'orbite. Il pratiqua cette opération le 12 novembre 1812 sur une femme âgée de quarante-quatre ans. L'œil reprit sa place naturelle à mesure que la tumeur diminua. La céphalalgie violente que la malade éprouvait disparut : mais elle perdit la vue sans retour (2).

Anévrismes de l'artère Axillaire.

La situation de l'artère sous-clavière la rendant inaccessible aux procédés chirurgicaux, ses anévrismes doivent être rangés dans la classe de ceux qui ont leur siège

(1) *Medic. Chir. Trans.*, vol. II, p. 1.
(2) *Ibid.*, vol. VI, p. 111.

dans la poitrine et dans l'abdomen, et auxquels l'art ne peut opposer que des moyens palliatifs. Ainsi, ce qu'on dit communément de la compression et de la ligature de l'artère sous-clavière doit s'entendre de la partie de l'axillaire comprise entre la clavicule et la première côte, puisque l'artère sous-clavière prend le nom d'axillaire aussitôt qu'elle a franchi l'intervalle qui se trouve entre les muscles scalènes antérieur et postérieur. Cette dernière artère pouvant être liée et comprimée dans différens points de son étendue, ses blessures et ses anévrismes ne sont pas au-dessus des ressources de l'art.

Les plaies de l'artère axillaire sont extrêmement dangereuses, mais elles ne sont pas nécessairement mortelles. La gravité de ces plaies est relative à leur situation, à leur grandeur et à quelques circonstances étrangères à la blessure elle-même. Si l'artère était largement ouverte en haut, c'est-à-dire, derrière la clavicule, il serait presqu'impossible que le malade ne pérît pas d'hémorragie sur le champ ou peu de temps après l'accident, et même lorsqu'il ne succomberait pas immédiatement à la perte du sang, comme il serait impossible de lier l'artère et de la comprimer sûrement, il est infiniment probable qu'il se ferait une extravasation si grande de ce liquide dans le tissu cellulaire, que les suites en seraient funestes.

Lorsque l'artère axillaire est ouverte dans le creux de l'aisselle, l'accident est moins grave que dans le cas précédent, et il est rare que le malade périsse immédiatement d'hémorragie. La syncope qui survient ordinairement, fait cesser l'écoulement de sang, et si le malade est promptement et convenablement secouru, la blessure

peut n'être pas mortelle. Quand l'hémorragie a été excessive et que la syncope dure long-temps, l'artère peut se resserrer, se consolider, et le blessé conserver la vie, quoique privé des secours de l'art. Un cas de cette espèce, observé par Boerhaave, est rapporté par Van-Swieten. Un paysan en débauche fut blessé d'un coup de couteau sous l'aisselle. L'artère axillaire ayant été coupée, le sang en sortit avec une force incroyable. Il tomba peu après comme mort, et on le laissa comme tel. Le lendemain ceux qui visitent les cadavres pour faire leur rapport à la justice, étant venus le visiter, lui trouvèrent encore quelque chaleur vers la poitrine, du reste aucun signe de vie. Ils différèrent de visiter la plaie pendant quelques heures. Cependant le blessé commença à se réchauffer peu-à-peu; tout le monde crut qu'il mourrait: mais après avoir resté long-temps dans cet état de faiblesse, il en revint contre toute espérance; mais le bras du même côté demeura jusqu'à sa mort sec et aride, à-peu-près comme celui d'une momie. Cette dernière circonstance porte à croire que le plexus des nerfs axillaires avait été divisé en même temps que l'artère, et que la cessation de l'influence nerveuse n'a pas moins contribué à l'atrophie, et à l'espèce de dessication du membre, que la diminution de la quantité de sang destiné à le nourrir.

La ligature est le seul moyen efficace que l'on puisse opposer à la blessure de l'artère axillaire: cette opération a été pratiquée plusieurs fois, et ses résultats ont été différens comme on va le voir par les faits que nous allons rapporter.

Un homme avait eu l'artère axillaire ouverte par un coup de faux. Il était tombé baigné dans son sang, et avait éprouvé une syncope, à laquelle, sans doute, il dut la conservation de sa vie. M. Hall, qui se trouvait là par hazard au moment de l'accident, n'avait pas avec lui les pièces d'appareil nécessaires. Cependant il saisit l'extrémité du vaisseau, et le comprima avec le pouce et l'indicateur, jusqu'à ce qu'il eût pu se procurer un fil pour le lier. Le malade guérit, et conserva l'usage du membre; mais le pouls y resta toujours faible et tremblotant (1).

M. White, de Manchester, rapporte qu'un officier eut l'artère axillaire ouverte par un coup d'épée. Le malade tomba bientôt en faiblesse et l'hémorragie s'arrêta : on essaya, mais en vain, de fermer l'ouverture de l'artère, en passant dans la plaie une aiguille au-dessous d'elle. Une autre aiguille fut passée autour de l'artère, en l'introduisant au travers de la peau, à une petite distance au-dessus de la plaie, et en comprenant dans la ligature une quantité considérable de parties environnantes. Le lien fut serré, et l'hémorragie cessa. Lorsque le blessé fut revenu de son évanouissement, le bras était froid, et l'on ne pouvait distinguer dans ses artères aucune pulsation. Le quatrième jour, la gangrène s'empara du membre, et le malade mourut dans la soirée. A l'examen du corps, on trouva que la ligature environ-

(1) John Bell, *Traité des Plaies*, traduit de l'anglais, sur la 3.me édition, par M. Estor, p. 82.

nait l'artère axillaire qui avait été complètement divisée au-dessous de la scapulaire commune ou circonflexe de l'épaule : elle comprenait aussi trois des nerfs brachiaux. La veine axillaire était également blessée, mais elle n'était pas renfermée dans la ligature (1).

Desault a pratiqué la ligature de l'artère axillaire dans un cas semblable, sous plusieurs rapports, à celui qui précède. Un homme âgé de 30 ans, reçut à la partie supérieure et externe de la poitrine, un coup d'épée qui traversa le grand pectoral, à un pouce au-dessus de son bord inférieur, pénétra dans le creux de l'aisselle, et vint sortir derrière l'épaule. Il perdit à l'instant une quantité prodigieuse de sang, et il se forma rapidement une tumeur qui remplissait tout le creux de l'aisselle, et s'étendait en devant sous le grand pectoral, en arrière sous le grand dorsal, et en bas sur les parois de la poitrine et de l'abdomen. Tombé en syncope, le blessé fut reporté chez lui, où un chirurgien se borna à quelques applications résolutives. Au bout de deux jours tout le membre fut enflammé ; le sang suintait de la plaie, et le blessé éprouvait de la fièvre, et une douleur très-vive ; le quatrième jour l'avant-bras devint froid : la peau de cette partie avait une teinte jaune : l'hémorragie revint ; la tumeur grossit, et son augmentation fut accompagnée d'une pulsation obscure ; la peau qui la couvrait était rouge et tendue. Dans cet état, le blessé fut admis à l'Hôtel-Dieu, le septième jour après son accident. Desault

---

(1) *London, Medical Journal*, vol. IV.

divisa d'abord les tégumens par une incision longue de six pouces, qui commençait immédiatement au-dessous de la réunion du tiers externe de la clavicule avec ses deux tiers internes, et qui se prolongeait en bas et en dehors. Ensuite il coupa les fibres du grand pectoral et à l'instant une grande quantité de caillots furent poussés violemment en dehors par le sang qui s'échappait de l'ouverture artérielle, quoiqu'un aide comprimât l'artère contre la première côte derrière la clavicule. L'opérateur saisit aussitôt avec l'indicateur et le pouce, l'artère et le plexus brachial, et se rendit ainsi maître du sang. L'aiguille à ressort dont Desault se servait ordinairement pour la ligature des artères profondément situées, fut passée sous le paquet des vaisseaux et des nerfs, qu'il embrassa par ce moyen dans une anse de fil ciré; les deux bouts en furent engagés dans l'ouverture de la plaque du suspenseur de la vessie; un aide les saisit, les tira doucement à lui, en poussant l'instrument sur l'artère, dont il opéra ainsi la constriction, et suppléa aux doigts du Chirurgien qui lui devenaient nécessaires pour achever l'opération. Celui-ci ayant ensuite dégagé le vaisseau des nerfs qui l'entouraient, reconnut l'ouverture que l'épée y avait faite, un peu au-dessus de l'origine de la scapulaire commune et des circonflexes. L'aiguille à ressort passée alors de nouveau immédiatement au-dessus de l'ouverture, servit à conduire une ligature large de trois lignes, qu'on serra au moyen d'une canule d'argent aplatie, évasée en haut, plus étroite en bas, et dans laquelle un petit coin de bois, engagé entre les fils, les fixa l'un et l'autre; l'anse de fil, au moyen de

laquelle l'aide suspendait plus haut le cours du sang, devenue dès lors inutile, fut laissée pour ligature d'attente, après qu'on eut dégagé les nerfs qu'elle embrassait. Deux ligatures semblables furent placées au-dessous de l'ouverture : la plus voisine de l'ouverture fut serrée par un instrument analogue au précédent. Le soir de l'opération, d'obscurs frémissemens se firent sentir dans l'artère radiale du membre malade qui avait un peu repris de sa chaleur naturelle : les veines du dos de la main et de l'avant-bras étaient remplies de sang : nul doute que la circulation ne commençât à se rétablir. Le troisième jour, la plaie fut pansée à fond : la suppuration était déja presqu'établie; quelques escarres gangréneuses s'étaient formées à la partie inférieure de l'aisselle. Après le pansement, le malade reposa pendant trois heures. A son réveil il fut saisi d'une difficulté de respirer qui parut se dissiper au bout de peu de temps : le quatrième jour, cette difficulté reparut plus forte que la première fois. Le cinquième jour, la température du membre avait diminué : les ongles étaient d'une couleur brune, et des taches pourprées s'étaient manifestées sur le bras. Le sixième jour, la gangrène s'empara du membre, et le malade mourut (1).

M. Maunoir aîné, de Genève, a lié avec succès l'artère axillaire ouverte au niveau de la tête de l'humérus dans un cas, dont voici le précis. Le jeune Liodet, âgé de

---

(1) *Œuvres Chirurgicales de Desault*, par Bichat, tome II, p. 555.

14 ans, en jouant avec un autre jeune garçon reçoit un coup de sabre. L'instrument pénètre dans la partie postérieure et supérieure du bras gauche, se dirigeant de bas en haut. Une hémorragie considérable et par bonds en est immédiatement la suite : on l'arrête par la compression. Pendant quelque temps ce jeune homme est traité, tantôt au moyen d'une compression violente, tantôt par l'application de cataplasmes. M. Maunoir, appellé après que le blessé a éprouvé plusieurs hémorragies, reconnaît un anévrisme faux primitif ou diffus, remplissant tout le creux de l'aisselle ; il juge que la ligature de l'artère blessée est nécessaire et urgente, et il la pratique le lendemain en présence de plusieurs de ses confrères.

Le malade placé convenablement sur une table, M. Maunoir introduisit son doigt dans la plaie extérieure, et il eut le bonheur d'arriver tout de suite sur celle de l'artère, dont il sentit nettement l'étendue et la direction ; et tandis qu'avec ce doigt il comprimait le vaisseau, son frère qui l'assistait dans l'opération, fendit la tumeur dans la direction de l'artère de manière à mettre tout l'intérieur dn foyer sanguin à découvert, dans une étendue de sept à huit pouces. Il le vida de la masse considérable de caillots qui le remplissaient, et alors on vit distinctement le plexus des nerfs et des vaisseaux axillaires. Il fut facile au frère de M. Maunoir de saisir l'artère au-dessus de l'endroit sur lequel le doigt de celui-ci était appliqué : ce doigt fut retiré, et l'on aperçut la petite plaie longitudinale et régulière de deux ou trois lignes de longueur, située à la partie externe de l'artère, précisé-

ment dans le lieu où ce vaisseau est le plus rapproché de l'articulation de l'humérus. Cette plaie fut couverte de nouveau avec le doigt : l'artère fut séparée du plexus nerveux et de la veine ; on passa au-dessous une aiguille mousse, munie de deux ligatures, qui furent écartées l'une de l'autre, de manière à laisser entre elles un intervalle d'un grand pouce ; on les serra sur l'artère de deux nœuds simples l'un sur l'autre ; ensuite on divisa ce vaisseau entre les deux ligatures. Le malade n'éprouva ni hémorragie, ni aucun autre accident pendant le cours du traitement. Il se sert de son bras ; mais il a perdu par une gangrène sèche la première phalange des trois derniers doigts (1).

Dans tous les cas qui viennent d'être rapportés, on a pu lier l'artère axillaire, parce qu'elle était ouverte dans le creux de l'aisselle, mais si cette artère était blessée dans l'espace qu'elle parcourt depuis les muscles scalènes jusqu'à la clavicule, il serait, sinon absolument impossible, au moins extrêmement difficile d'en faire la ligature. Au reste, quel que soit le point de sa longueur où l'artère axillaire est ouverte, on ne peut en faire la ligature qu'autant qu'il est possible de mettre ce point à découvert, soit en agrandissant la plaie extérieure, lorsqu'elle est située favorablement pour cela, soit en pratiquant une incision dans le creux de l'aisselle, ou en divisant le muscle grand pectoral,

(1) *Journal Général de Médecine*, etc. Tome XL, p. 314.

et même le petit pectoral, si on le juge nécessaire. Et, comme la ligature est d'autant plus facile que l'artère est mise à découvert dans une plus grande étendue, on ne doit point hésiter à prolonger au loin l'incision. L'artère étant mise à découvert, on la lie au-dessus et au-dessous de sa blessure, en évitant de comprendre dans les ligatures la veine axillaire et les branches du plexus brachial. Il est à peine nécessaire de dire que pendant l'opération un aide doit comprimer l'artère derrière la clavicule sur la première côte, et que si le sang coule malgré cette compression après qu'on a ôté les caillots qui remplissent le creux de l'aisselle, un autre aide doit se hâter d'appliquer le doigt indicateur sur l'ouverture de l'artère, ou de saisir avec le doigt recourbé en manière de crochet tout le paquet des vaisseaux et des nerfs axillaires, afin de suspendre l'hémorragie pendant que le Chirurgien procède à la ligature de l'artère.

Quoique l'anévrisme vrai et l'anévrisme faux spontané soient moins fréquens aux artères des membres supérieurs qu'à celles des membres inférieurs, on les observe cependant quelquefois à l'artère axillaire. Lorsque cette artère est blessée, si le malade ne périt point sur le-champ d'hémorragie, et s'il ne se forme pas dans l'aisselle une infiltration de sang dont les progrès rapides entraîneraient la mort du malade si on ne se hâtait de lier l'artère, ou si la ligature est impossible, il survient presque toujours un anévrisme faux consécutif. Ainsi l'anévrisme de l'artère axillaire peut être vrai, faux spontané ou faux consécutif; mais quelle que soit son

espèce, la tumeur fait ordinairement des progrès très-rapides, parce que les parties environnantes n'opposent que très-peu de résistance à son développement.

La situation de la tumeur, que couvrent les muscles pectoraux, et que l'on ne peut sentir à travers la peau seulement que vers le creux de l'aisselle, peut rendre le diagnostic de l'anévrisme de l'artère axillaire difficile. Car on juge d'autant mieux d'une tumeur anévrismale, qu'elle est située moins profondément, et qu'on peut l'examiner par une plus grande étendue de sa surface. D'un autre côté, l'engorgement dont les glandes axillaires et le tissu cellulaire de l'aisselle sont susceptibles, peut donner lieu à des méprises, lorsque l'artère communique à la tumeur formée par cet engorgement, un mouvement de pulsation. Il n'y aurait pas grand inconvénient à prendre toute autre tumeur pour un anévrisme; mais la méprise pourrait devenir funeste pour le malade, et extrêmement fâcheuse pour le Chirurgien, si l'on prenait pour une tumeur humorale un anévrisme ancien et volumineux qui a perdu ses battemens, dont la base est dure et le sommet présente un point de fluctuation sans altération de la peau. Cette méprise a été commise plusieurs fois; on a ouvert la tumeur, et les malades sont morts d'hémorragie; et ce qui doit rendre les jeunes praticiens bien circonspects, c'est que ce malheur est arrivé quelquefois à des gens très-habiles et consommés dans leur art. On ne peut éviter une méprise aussi fâcheuse qu'en s'abstenant de toucher à la tumeur, si, après l'avoir examinée attentivement et réfléchi mûrement sur toutes les circonstances qui ont précédé et accompagné

sa formation, il reste le moindre doute sur son véritable caractère.

L'anévrisme de l'artère axillaire est une maladie extrêmement grave, et le plus ordinairement mortelle. Cependant on a plusieurs exemples de guérison de cet anévrisme, et cette guérison a eu lieu tantôt spontanément et sans aucun secours de l'art, tantôt par la méthode de Valsalva, combinée avec les topiques réfrigérans, et tantôt par l'opération.

Dans le traitement de l'anévrisme de l'artère axillaire, on doit se conduire différemment selon le volume et la situation de la tumeur. Lorsque ce volume et cette situation sont tels qu'il est évidemment impossible de lier l'artère entre la tumeur et le cœur, on doit chercher à ralentir les progrès du mal, et à éloigner le terme fatal, par la méthode de Valsalva et par l'application des réfrigérens. Cette méthode, qui n'est employée ordinairement qu'à titre de palliatif, a quelquefois procuré une guérison radicale. Sabatier en rapporte un exemple très-remarquable. Le malade était un officier à qui il était survenu un anévrisme effrayant au-devant de l'extrémité humérale de la clavicule, à la suite d'un coup d'épée sous l'aisselle. Le danger de son état lui était connu, et il était résolu à tout entreprendre pour le diminuer et pour retarder sa perte. Sabatier lui proposa la méthode de Valsalva, et il n'hésita point à s'y soumettre. Après s'être fait saigner plusieurs fois et s'être mis au lit, il s'assujettit au régime le plus sévère. Sa boisson était une limonade fort aigre avec l'eau de Rabel et le sirop de grande consoude. Il faisait un usage journalier des

pilules d'alun d'Helvétius, et sa tumeur était couverte d'un sachet à moitié plein de folle farine de tan, trempé fréquemment dans du gros vin rouge. Il s'aperçut au bout de quelque temps que sa tumeur diminuait, et que les pulsations étaient moins sensibles. Ce commencement de succès ayant soutenu son courage, il persévéra dans l'emploi des moyens dont il vient d'être parlé, et il eut le bonheur de voir la tumeur se réduire à un tubercule de volume médiocre et fort dur, dans lequel on ne sentait plus de battemens. Peu-à-peu ses forces revinrent, et il fut entièrement guéri (1).

Lorsque le volume et la situation de l'anévrisme ne rendent pas la ligature de l'artère au-dessus de la tumeur absolument impossible, on ne doit pas hésiter à la pratiquer. Toutefois comme cette opération est extrêmement grave, et que le succès en est fort incertain, nous pensons qu'avant de l'entreprendre il convient de tenter la méthode de Valsalva et les applications réfrigérantes, et de ne se désister de l'emploi de ces moyens qu'autant qu'ils sont sans effet, ou que, malgré leur emploi, la maladie fait des progrès sensibles. L'impossibilité de suspendre sûrement le cours du sang dans l'artère axillaire, en la comprimant derrière la clavicule sur la première côte, ne permet pas d'opérer l'anévrisme de cette artère suivant la méthode ancienne, c'est-à-dire, en ouvrant la tumeur: celle de Hunter est la seule qui puisse être tentée, et elle peut l'être, rigoureusement parlant, toutes

(1) *Médecine opératoire*, tom. I, p. 364.

les fois qu'il reste assez d'espace au-dessus de l'anévrisme pour lier l'artère sans intéresser la tumeur. Cette artère peut être liée au-dessous ou au-dessus de la clavicule. Lorsque l'anévrisme a son siège à la fin de l'axillaire et au commencement de la brachiale, et que la tumeur n'est pas assez volumineuse pour ne pas laisser entre elle et la clavicule un espace assez grand pour placer la ligature, l'opération doit être pratiquée au-dessous de cet os.

Notre respectable confrère M. Pelletan est le premier qui ait entrepris la ligature de l'artère axillaire au-dessous de la clavicule, pour la guérison d'un anévrisme de cette artère. Cette tentative a été faite, en 1786, à l'hospice du Collège de Chirurgie, sur un homme âgé d'environ quarante ans. La tumeur qui existait depuis près de deux ans, remplissait le creux de l'aisselle, se portait en avant sous le muscle grand pectoral, et descendait plus bas que le mamelon; d'autre part, elle repoussait l'humérus en arrière, paraissait engagée sous le bord antérieur du muscle deltoïde; mais en soulevant l'épaule elle laissait un espace notable entre elle et la clavicule : les battemens de cette tumeur étaient tels qu'ils soulevaient les deux mains qui la pressaient. Le malade souffrait habituellement, mais il ressentait souvent des douleurs très-vives le long du membre, avait de l'insomnie, et ne pouvait même s'empêcher de pousser des cris aigus.

M. Pelletan avait reçu ce malade à l'hospice plutôt pour étudier son état que dans l'espérance de le guérir. Cependant en l'examinant habituellement et attentivement, il parvint à reconnaître qu'en soulevant un peu

l'épaule et la clavicule, on sentait l'artère axillaire isolée, et que, par une pression même assez médiocre faite avec le doigt, on en arrêtait les battemens ainsi que ceux de la tumeur. Il parvint bientôt à acquérir la facilité de presser cette artère entre deux doigts et d'en arrêter également les pulsations. Dès ce moment, M. Pelletan conçut le projet d'une opération dont le mode lui parut simple, peu grave pour le malade, et ne demandant qu'une extrême précision de la part du Chirurgien.

Ce mode devait consister à faire une incision à la peau au-dessous de la clavicule et dans toute la longueur de cet os; puis, passant une sonde mousse et cannelée derrière la portion claviculaire du muscle grand pectoral, à couper en travers toutes les attaches de ce muscle à la clavicule. Cette incision devait mettre à découvert la portion de l'artère axillaire qu'il était si facile de serrer entre deux doigts; il ne l'aurait pas été moins de passer une aiguille derrière cette artère pour en faire la ligature.

M. Pelletan fit des études sur le cadavre, et il prépara des aiguilles de grandeur et de courbure relatives à la profondeur des parties. Il était parvenu à faire entrer dans son projet les professeurs consultans de l'hospice, et il se préparait à pratiquer l'opération, lorsque l'un d'eux s'avisa d'ouvrir l'avis de ne point inciser le muscle grand pectoral, mais d'en lier les fibres claviculaires conjointement avec l'artère, de peur, disait-il, qu'à l'instant de l'incision du muscle, la tumeur, perdant son soutien, ne vînt à s'ouvrir tout-à-coup. Cet avis passa de bouche en bouche, et il fut décidé que le muscle ne serait pas

coupé. Dès-lors tous les calculs de l'opérateur furent en défaut, et ayant plongé une aiguille à différentes reprises, il ne put parvenir à la passer derrière l'artère, tant la présence du muscle soulevé par la clavicule ajoutait à la profondeur des parties. Se trouvant alors fort heureux de n'avoir pas traversé l'artère elle-même avec l'aiguille, il ne voulut pas s'y exposer de nouveau, et il renonça à l'opération. Les souffrances du malade augmentèrent : il fut pris d'inflammation de poitrine avec douleur aiguë du côté de la maladie, et il mourut le vingtième jour après l'opération.

A l'ouverture du corps, lorsque M. Pelletan eût incisé les fibres claviculaires du muscle grand pectoral et soulevé cette partie du muscle, il découvrit la portion de l'artère axillaire qu'on pouvait presser entre les doigts avant l'opération, et sur laquelle serait infailliblement tombée la ligature, si cet habile chirurgien eût été libre de suivre son projet d'opération. Le plexus nerveux était écarté supérieurement du tronc de l'axillaire et porté en dehors et en arrière par le développement de l'anévrisme, d'où il résulte qu'on aurait eu, dans l'opération, l'avantage, sans doute imprévu, mais bien essentiel, de lier l'artère isolée, et sans comprendre dans la ligature aucune branche du plexus nerveux. La veine axillaire était oblitérée et perdue dans l'épaisseur des parois du sac anévrismal, ce qui n'empêchait pas le retour du sang qui se faisait si complètement, que le membre n'était même pas tuméfié. Comme l'artère était fort tendue, M. Pelletan pense qu'il aurait été utile de faire deux ligatures le plus éloignées possible l'une de l'autre, et de

couper l'artère entre ces deux ligatures, dans la crainte qu'elle se fût cassée ou trop tôt coupée par une seule ligature (1).

M. Keate, Chirurgien principal des armées anglaises, rapporte une observation d'anévrisme de l'artère axillaire qu'il a guéri par la ligature de l'artère immédiatement au-dessous de la clavicule. Un soldat, âgé de vingt-cinq ans, avait été blessé à la main par une balle, et cinq semaines après, l'amputation de trois doigts de cette main devint nécessaire. Au bout de cinq mois, les plaies n'étaient pas encore guéries. Une matière purulente se formait sans cesse près du poignet, et la tuméfaction ne diminuait pas après l'évacuation de la matière, mais s'emparait successivement de diverses autres portions du bras. Les artères de cette région n'offraient plus de pulsations. Une tumeur circonscrite se développait dans l'aisselle : d'abord on la distinguait à peine de la tuméfaction des parties environnantes : elle devint bientôt plus proéminente, et une forte pulsation s'y faisait sentir. Le sommet de la tumeur s'amincit tellement en quelques jours qu'on pouvait facilement distinguer l'impulsion du sang par jet contre le sac. Le battement disparut; la tumeur devint dure mais continua à augmenter. Elle s'ouvrit enfin quinze jours environ après que la pulsation s'y fut manifestée pour la première fois, et il en sortit une petite quantité de sang artériel. L'hémorragie fut

(1) *Clinique Chirurgicale*, tom. II, p. 49.

arrêtée par la compression. Elle reparut au bout de quelques jours, et l'on s'en rendit maître de nouveau par la compression de l'artère contre la première côte. C'est dans cet état, dit M. Keate, que je vis le blessé, et malgré le pronostic défavorable que j'en portais, je résolus de saisir l'artère au-dessus de la partie malade et divisée. En conséquence, je fis une incision oblique en bas, je divisai les fibres du muscle pectoral qui se trouvaient dans ma route, et arrivé à l'artère je passai, ou du moins je le crus, une aiguille courbe d'argent, garnie d'une double ligature, au-dessous de l'artère, et j'en liai les extrémités. Un examen attentif m'ayant fait ensuite découvrir que l'artère battait au-dessous de la ligature, je me déterminai à mettre un autre lien plus haut et plus près de la clavicule : en conséquence j'enfonçai l'aiguille plus avant, et j'y compris évidemment l'artère. La tuméfaction du bras diminua par degrés, la plaie suppura, et les ligatures se détachèrent. Le bras recouvra sa sensibilité ordinaire, et les articulations du coude et de l'épaule eurent de nouveau la faculté d'agir : quant au mouvement du poignet, il avait été détruit avant l'opération. (1).

M. Chamberlaine de Kingston, à la Jamaique, a fait avec succès sur un nègre fort et musculeux, âgé de 25 ans, la ligature de l'artère axillaire au-dessous de la clavicule, pour un anévrisme de cette artère survenu à la suite d'une plaie faite par un coutelas, le 5 octobre 1814. L'hémorragie qui résulta de cette plaie fut abondante, et

(1) *London, Medical Review*, pour 1801.

ne s'arrêta que par suite d'une longue syncope. La plaie des tégumens se guérit en trois jours, sans que l'hémorragie reparut. Ce ne fut qu'environ neuf semaines après l'accident que M. Chamberlaine vit le malade pour la première fois. La cicatrice était à peine visible. La tumeur avait le volume d'une grosse orange, et ses pulsations étaient très-fortes. La douleur dans l'aisselle par suite de la pression des nerfs était extrême; mais il n'y avait pas d'œdème du bras ni d'élévation de la clavicule. La pulsation de l'artère radiale n'était pas aussi forte que celle de l'autre bras. La tumeur ayant fait des progrès assez considérables en fort peu de temps, et la douleur de l'aisselle étant devenue si atroce qu'elle privait entièrement le malade de repos, on jugea que l'opération devenait le seul moyen de lui sauver la vie, et qu'on ne pouvait la différer sans lui faire courir de grands dangers. En conséquence, M Chamberlaine la pratiqua le 17 janvier 1815. Le malade étant placé sur une table à opération avec un oreiller sous les épaules et la tête soutenue, une incision transversale, longue de trois pouces, fut faite aux tégumens et au muscle peaucier, le long et un peu au-dessous du bord antérieur de la clavicule, à trois travers de doigt de l'extrémité sternale de cet os, et on la termina à environ un pouce de l'acromion. Une petite artère fut divisée dans cette incision, et on en fit aussitôt la ligature. Une seconde incision longue de trois pouces, intéressant les tégumens, fut faite depuis la réunion du deltoïde et du grand pectoral jusqu'au milieu à peu-près de la première. On détacha ensuite la portion claviculaire du grand pectoral, et on

enleva la graisse et le tissu cellulaire qui s'étendent sur les vaisseaux axillaires. L'artère fut alors découverte, et ses pulsations la firent aisément distinguer des parties environnantes. Mais M. Chamberlaine ne put, à cause de sa profondeur la détacher ni passer une ligature au-dessous d'elle avec la facilité qu'il espérait. Après plusieurs essais infructueux, il parvint à l'embrasser avec un fil conduit au moyen d'une sonde à œil, recourbée, dont l'extrémité fut saisie et attirée avec des pinces. Les deux extrémités du fil furent nouées sur l'artère à l'endroit où elle sort de dessous la clavicule pour s'avancer vers l'aisselle, et les lèvres de la plaie furent réunies avec des bandelettes agglutinatives. Le malade n'éprouva aucun accident remarquable : la ligature se détacha spontanément le 17.e jour après l'opération, et on la trouva dans l'appareil. Le 22 février, la plaie était complètement guérie, et la tumeur anévrismale réduite au volume d'un œuf de poule et très-solide. Le bras était plus petit et moins fort que celui du côté opposé; mais peu-à-peu la puissance musculaire de ce bras s'améliora, ensorte qu'il reprit de la force et de la fermeté (1).

M. le professeur Roux a pratiqué, à l'hôpital de la Charité, la ligature de l'artère axillaire pour un anévrisme de la partie inférieure de cette artère ou plutôt du commencement de la brachiale. Le malade était un jeune homme âgé de 22 ans, exerçant la profession de vigne-

(1) *Medico-Chirurgicals Transactions*, vol. VI, p. 128. *London*, 1815.

ron. Il portait depuis plusieurs années une tumeur osseuse de forme irrégulière, implantée sur la partie interne supérieure de l'humérus, au lieu même où l'anévrisme s'est développé plus tard, et peut-être même par suite de la pression que cette tumeur osseuse avait exercée sur l'artère qu'elle avait déplacée en la poussant en dedans et un peu en devant. Lors de l'entrée du malade à l'hôpital, il était difficile de déterminer si les battemens que l'on sentait sur la partie interne de la tumeur osseuse étaient ceux de l'artère brachiale saine et seulement déplacée, ou ceux d'une tumeur anévrismale commençante. Mais bientôt ces battemens devinrent si forts, se firent sentir dans une si grande étendue, et la tumeur augmenta si promptement de volume, qu'il ne resta aucun doute sur l'existence d'un anévrisme et sur la nécessité d'en venir à l'opération, que M. Roux pratiqua le 27 septembre 1826. Une incision longue d'environ deux pouces et demi, intéressant la peau et commençant immédiatement au-dessous de la clavicule, fut pratiquée sur la ligne celluleuse qui se trouve entre le bord externe du muscle grand-pectoral et le bord antérieur du deltoïde, et suivant la direction de cette ligne. Ensuite on augmenta la profondeur de l'incision en coupant peu à peu et avec circonspection le tissu cellulaire qui couvre les vaisseaux axillaires et le plexus brachial. Le doigt indicateur introduit dans le fond de la plaie, fit connaître la situation de l'artère, servit à l'isoler des parties environnantes, et, recourbé en manière de crochet, à l'amener au niveau de l'extérieur de la plaie : on passa derrière elle, au moyen d'un stylet à œil, une double

ligature composée de plusieurs brins de fil cirés et formant une espèce de ruban. Ces ligatures, placées l'une à côté de l'autre, furent nouées sur un petit cylindre de sparadrap de diachylon gommé. Aussitôt les battemens cessèrent dans la tumeur et dans les artères de l'avant-bras; mais dès le second jour de l'opération ils se rétablirent dans ces dernières. Le malade n'éprouva aucun accident jusqu'au onzième jour, où il se manifesta une hémorragie légère, qui probablement venait de quelque artériole plutôt que de l'artère axillaire : aussi céda-t-elle à une légère compression du fond de la plaie. Les ligatures ne sont tombées que le vingt-huitième jour, ou plutôt, c'est seulement ce jour-là, qu'à la faveur de tractions ménagées, elles ont été dégagées et retirées du fond de la plaie, où elles étaient retenues par le rapprochement de ses lèvres. Dès lors la plaie a marché rapidement vers sa guérison, et n'a pas tardé à être complètement cicatrisée. La tumeur anévrismale a diminué par degrés et a entièrement disparu; il n'est resté que la tumeur osseuse, qui ne gêne presque point les mouvemens du bras, et n'empêchera pas le jeune homme de se livrer à son travail accoutumé.

La ligature de l'artère axillaire au-dessous de la clavicule peut être faite de deux manières. Lorsque la tumeur est peu volumineuse, et qu'elle occupe la partie inférieure de l'artère ou le commencement de la brachiale, on peut mettre en usage le procédé qui a été employé dans le cas qui vient d'être rapporté. Mais lorsque la tumeur a acquis un volume un peu considérable, qu'elle remplit le creux de l'aisselle et qu'elle s'avance sous la partie inférieure

du muscle grand pectoral, il n'y a point alors entre la tumeur et la clavicule une portion d'artère saine assez longue pour pouvoir être amenée au niveau de l'extérieur de la plaie, et si on tentait de le faire, on risquerait de rompre le vaisseau et de faire périr le malade d'hémorragie. Dans ce cas, on doit s'ouvrir une voie large pour arriver à l'artère et passer autour d'elle une ligature sans lui faire éprouver aucun tiraillement. Le procédé conseillé par Hodgson, dans l'ouvrage que nous avons déjà cité, nous parait très-propre à remplir cet objet : voici en quoi il consiste. On fait à la peau une incision semi-lunaire dont la convexité doit regarder en bas, et qui, commençant à un pouce de l'extrémité sternale de la clavicule, est continuée vers l'acromion dans une étendue de trois à quatre pouces, et vient se terminer près du bord antérieur du deltoïde. On met à découvert de la sorte les fibres du muscle grand pectoral, qui doivent être divisées dans la même direction et dans la même étendue que la plaie externe. Le lambeau semi-lunaire, qui en résulte doit être ensuite soulevé au moyen de la division du tissu cellulaire lâche qui unit le muscle grand pectoral aux parties sous-jacentes. On voit alors le petit pectoral qui croise la partie inférieure de la plaie, et si l'on passe le doigt entre le bord supérieur de ce muscle et la clavicule, on peut sentir distinctement les pulsations de l'artère axillaire. Dans cet endroit, l'un des nerfs cervicaux qui concourent à la formation du plexus brachial, marche au-devant de l'artère, tandis que les autres nerfs sont placés derrière elle. Sur le cadavre la veine axillaire est située au-devant de l'artère; mais pendant la vie, lorsque la veine

est distendue, elle se gonfle sur l'artère et la cache. Toutes ces parties sont unies ensemble par du tissu cellulaire que l'on doit séparer avec le doigt, ou par une dissection attentive, ou en le déchirant avec un instrument mousse. L'artère étant mise à nu, l'opérateur passe autour d'elle une ligature à l'aide d'une aiguille à anévrisme. Les extrémités de la ligature doivent alors être tirées en dehors, et il faut introduire un doigt dans le fond de la plaie, de manière à comprimer la portion d'artère comprise dans l'anse de fil. Si réellement l'artère y est renfermée, la pulsation cessera à l'instant dans la tumeur; mais il est possible qu'on ait pris pour elle un des nerfs cervicaux, à cause de la pulsation qui leur est communiquée par l'artère qui est contiguë à ces mêmes nerfs. Le Chirurgien, bien convaincu que l'artère est la partie comprise dans la ligature, serrera cette dernière, et procédera ensuite au pansement de la plaie. Si l'espace compris entre la clavicule et le muscle petit pectoral n'était pas assez grand pour qu'on pût aisément découvrir l'artère, l'isoler et en faire la ligature, nous pensons qu'il ne faudrait pas hésiter à couper ce muscle en travers. Cette section, qui ne peut avoir aucun inconvénient grave, faciliterait singulièrement l'opération.

Lorsque l'anévrisme de l'artère axillaire est situé trop haut et qu'il est trop volumineux pour qu'on puisse lier cette artère au-dessous de la clavicule, il est nécessaire alors d'en faire la ligature entre cet os et les muscles scalènes, dans l'endroit où elle s'appuie sur la première côte. Cette opération est très-facile sur le cadavre, parce que l'artère axillaire n'étant couverte dans son prin-

cipe que par la peau, le muscle peaucier et du tissu cellulaire lâche, se trouve à découvert lorsque ces parties sont divisées, et peut être touchée immédiatement avec le doigt. Mais sur le vivant, lorsque l'anévrisme est volumineux, et qu'il s'étend supérieurement, il élève l'extrémité acromiale de la clavicule de manière à diminuer l'intervalle entre cet os et la base du cou, et à rendre la situation de l'artère bien plus profonde que dans l'état ordinaire. Il est alors extrêmement difficile, et quelquefois même impossible, de passer une ligature au-dessous du vaisseau. Il est donc important que cette opération soit entreprise avant que la tumeur ait acquis un volume assez grand pour faire éprouver à la clavicule un déplacement considérable.

M. Astley Cooper, le premier, je crois, qui ait tenté cette opération, y rencontra de telles difficultés qu'il fut forcé de l'abandonner. L'anévrisme était très-volumineux, et la clavicule avait été poussée en haut par la tumeur, de manière qu'on ne pouvait point engager une ligature sous l'artère sans courir risque d'y comprendre quelques-uns des nerfs du plexus brachial; M. Cooper renonça en conséquence à l'opération (1). Cependant il est infiniment probable que, malgré le déplacement de la clavicule, cet habile chirurgien serait venu à bout de son dessein, s'il se fût servi de l'aiguille inventée par Deschamps pour la ligature des artères profondes, ou de tout autre instrument analogue.

---

(1) *London Medical Review*, vol. II, p. 300.

M. Ramsden a réussi à lier l'artère axillaire derrière la clavicule, quoique la tumeur eût beaucoup élevé cet os. Le malade, âgé de trente-six ans, fut admis à l'hôpital St. Barthélemi, le 2 novembre 1809. Il portait à l'aisselle droite un anévrisme, qui s'était developpé depuis environ quatre mois. La tumeur faisait dans le creux de l'aisselle une saillie égale à la moitié d'une grosse orange; mais elle s'étendait davantage sous le muscle grand pectoral qui était fort distendu ainsi que les parties adjacentes, de sorte que l'épaule était soulevée, écartée de la poitrine, et que le malade ne pouvait approcher le coude des parties latérales du tronc. La chaleur de la peau et les battemens du pouls étaient les mêmes dans les deux bras. Le malade était très-souffrant et portait sur sa physionomie l'expression de la douleur et du chagrin. Ses souffrances furent soulagées par une saignée du bras; mais bientôt il se trouva incommodé de plus en plus par le volume et la pesanteur excessive de son bras. Il perdit de nouveau le sommeil, et sa figure reprit l'expression de la douleur et de l'anxiété qu'elle avait lors de son entrée à l'hôpital. Le sixième jour après cette entrée, la pulsation de l'artère radiale du bras affecté devint plus obscure et cessa bientôt entièrement, ou se perdit dans l'œdème qui s'empara de la main et de l'avant-bras, et qui fit des progrès considérables. Le malade s'affaiblit, et l'élévation progressive de la clavicule, par suite de l'accroissement du volume de la tumeur, augmentait tellement de jour en jour les difficultés de l'opération future, qu'une consultation fut convoquée à ce sujet. On y décida que l'opération serait différée afin

de laisser le plus de temps possible aux vaisseaux anasto motiques pour se dilater, d'autant que la tumeur ne paraissait pas mettre la vie du malade dans un danger imminent, par aucune probabilité d'une rupture prochaine. Le soir du douzième jour cependant le malade se plaignit d'une pesanteur et d'un malaise plus grands qu'à l'ordinaire dans le membre affecté. Alors l'examen de la tumeur fit apercevoir dans son centre une tache brune environnée d'un cercle inflammatoire qui menaçait la peau d'une destruction plus étendue. Il était dès-lors impossible de différer plus long-temps l'opération. Elle fut faite le lendemain de la manière suivante.

Le malade étant placé sur une table à opérations, la tête obliquement tournée vers la lumière, et le bras malade soutenu par un aide à une distance convenable du côté, M. Ramsden fit une incision à la peau et au muscle peaucier, le long du bord postérieur de la clavicule, et dans une étendue de deux pouces et demi. Cette incision commençait le plus près possible de l'articulation de la clavicule avec l'acromion, et se terminait à un demi-pouce du bord externe du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Dans cette incision on ouvrit une petite artère qui fut liée sur-le-champ. Ensuite l'opérateur ayant fait saisir par un aide, et saisi lui-même entre le pouce et le doigt indicateur, la lèvre postérieure de la plaie de la peau pour la soulever, il fit une seconde incision longue de deux pouces, parallèle au bord externe du muscle sterno-mastoïdien. Son but en faisant cette seconde incision était de mettre à découvert les veines superficielles, et de les isoler du tissu cellulaire, afin de les

éloigner de la portée de son instrument et de ne pas les ouvrir. Un aide ayant abaissé l'épaule pour amener au-dessus de la clavicule la première incision qui avait été faite le long du bord postérieur de cet os, M. Ramsden continua de disséquer avec son scalpel jusqu'à ce qu'il eut découvert le bord du muscle scalène antérieur, immédiatement au-dessous de l'angle formé par la rencontre du muscle omoplat-hyoïdien et du bord externe du sterno-mastoïdien. Alors il plaça son doigt sur l'artère dans l'endroit même où elle passe entre les muscles scalènes, et il n'éprouva aucune difficulté pour la découvrir sans blesser quelques-uns des nerfs qui se trouvent au niveau du bord inférieur de la première côte; là, il détacha avec son ongle les adhérences de l'artère, afin de passer autour d'elle une ligature. Mais il rencontra dans cette partie de l'opération une difficulté qui surpassa de beaucoup son attente. Il avait reconnu en répétant, quelques années avant, cette opération sur le cadavre, qu'il était impossible de passer une ligature autour du commencement de l'artère axillaire avec l'aiguille à anévrisme ordinaire. Il s'était pourvu en conséquence d'instrumens de formes et de courbures différentes dans le but de surmonter cette difficulté. Chacun de ces instrumens lui paraissait très-propre à passer une ligature autour du vaisseau; cependant il ne put les employer, car étant tous inflexibles et fixés sur des manches, il ne pouvait donner à leur extrémité une courbure aussi petite que l'exigeait l'étroitesse de l'espace compris entre la clavicule et la première côte, espace que l'élévation de l'épaule par la tumeur rendait beau-

coup plus profond qu'à l'ordinaire dans cette circonstance. Après avoir essayé de diverses manières à surmonter cet obstacle, il prit enfin une sonde flexible qu'il introduisit sous l'artère, et dont il ramena l'extrémité de l'autre côté avec des pinces. Il parvint ainsi à passer une ligature et à lier l'artère dans l'endroit où il l'avait découverte à ce dessein. Le nœud de la ligature se fit aisément; la plaie fut réunie par la suture sèche, et le malade remis dans son lit. Immédiatement après que la ligature fut serrée, les battemens de la tumeur cessèrent; la circulation continua à se faire dans le membre, et la chaleur s'y conserva au même degré que dans celui du côté opposé. Cependant l'opération qui, à raison de la longueur du temps mis à la faire, avait été rendue plus grave, fut suivie d'accidens nombreux, et le malade mourut cinq jours après.

A l'ouverture du cadavre, on trouva que l'artère axillaire, dans l'endroit où la ligature avait été appliquée, ne tenait plus que par quelques fibres déjà mortifiées. Chacune des extrémités de cette artère ayant été ouverte, on découvrit qu'elles étaient l'une et l'autre presque complètement consolidées et imperméables, et qu'elles contenaient un petit dépôt de lymphe coagulable, qui adhérait d'une manière très-intime à la membrane interne de l'artère. La tumeur anévrismale contenait environ deux pintes de sang, dont la plus grande partie était tellement fluide, qu'il s'échappait par la plus petite piqûre faite au kyste (1).

(1) *Voyez* Ramsden, *on the testicle and on Anevrism*, p. 276.

En 1811, l'artère axillaire fut liée derrière la clavicule, à l'hôpital de Londres, pour un anévrisme de cette artère. Sir William Blizard, qui pratiqua cette opération, ne rencontra aucune difficulté à passer la ligature au-dessous de l'artère avec une aiguille ordinaire. Il appliqua une seule ligature. Deux jours après l'opération, les symptômes étaient si favorables, qu'on avait le plus grand espoir de succès. Le membre conservait sa température ordinaire, et l'on remarqua que le sang circulait librement dans ses veines; mais le malade, qui était avancé en âge, et dont les forces étaient très-diminuées, mourut le quatrième jour (1).

En 1815, M. Thomas Blizard lia l'artère sous-clavière, ou plutôt le commencement de l'axillaire, dans le même hôpital. C'était pour un anévrisme de cette dernière artère du côté gauche, accompagné de violentes douleurs dans la tumeur et dans le bras. On ne pouvait sentir les battemens de l'artère radiale quoiqu'il n'y eût aucune différence de chaleur dans les deux bras. Une incision, longue d'environ trois pouces, parallèle à la veine jugulaire externe, fut faite aux tégumens, au bas du cou, du côté de l'acromion. Ensuite le muscle peaucier étant divisé, on écarta le tissu cellulaire avec le doigt jusqu'à ce qu'on eût senti les battemens de l'artère, au niveau de son passage sur la première côte. Ayant comprimé le vaisseau avec le doigt dans cet endroit, on incisa soigneusement sa gaine celluleuse avec la pointe d'un bistouri. On passa ensuite une ligature autour de l'artère

(1) Hogdson, *loc. citat.*

avec la plus grande facilité. Aussitôt que la ligature fut appliquée, les battemens de la tumeur cessèrent. Le second jour après l'opération, le bras gauche devint plus sensible, et parut aussi plus chaud que le bras droit. Cependant la difficulté de respirer, les élancemens dans la tumeur, le délire survinrent plus tard, et le malade mourut le huitième jour au matin.

Le docteur Colles a lié l'artère sous-clavière avant son passage entre les muscles scalènes, pour un anévrisme de l'artère axillaire, qui s'étendait trop loin derrière la clavicule pour que la ligature de l'artère axillaire pût être faite. La tumeur s'élevait à environ deux pouces au-dessus de la clavicule en formant une espèce de cône dont le sommet se trouvait en dehors des muscles scalènes. Après une dissection difficile, on trouva que l'artère n'était saine que dans un quart de pouce. Ce fut sur cette partie qu'on appliqua la ligature. On éprouva une grande difficulté à la passer autour du vaisseau, et l'on supposa que la plèvre avait été légèrement blessée; le malade éprouva aussitôt une grande difficulté de respirer, et un sentiment d'oppression vers la région du cœur. Ces symptômes parurent si graves, qu'on jugea qu'il n'était pas prudent de serrer immédiatement la ligature. Le quatrième jour, l'état du malade étant devenu plus satisfaisant, on exerça la constriction de l'artère. Le malade se trouva fort bien jusqu'au neuvième jour; à cette époque, il éprouva un sentiment de strangulation et une vive douleur vers le cœur: il survint du délire, et il mourut neuf heures après le début de ces accidens. A l'ouverture du corps, on trouva l'aorte malade ainsi que l'artère sous-clavière.

Dans une autre circonstance le docteur Colles lia l'artère sans difficulté au point où elle sort entre les muscles scalènes. Cependant l'opération fut suivie de délire, de la gangrène, et le malade mourut le cinquième jour (1).

Le docteur Post de New-York, est le premier qui ait fait avec succès la ligature de l'artère axillaire derrière la clavicule, immédiatement au côté externe des muscles scalènes. Le malade portait un anévrisme de l'artère axillaire du côté gauche. Le volume de la tumeur était tel qu'il eût été absolument impossible de lier l'artère au-dessous de la clavicule. Le docteur Post fit l'opération de la manière suivante le 8 septembre 1817. Une incision, longue de trois pouces, commençant au niveau du bord externe du muscle sterno-mastoïdien, fut faite aux tégumens dans la direction d'une ligne légèrement oblique relativement à la clavicule. La veine jugulaire externe se trouva comprise dans cette incision. Il fallut la lier pour arrêter le sang qu'elle fournissait; trois ou quatre petites artères furent successivement ouvertes pendant l'opération; on les lia également. On trouva aussitôt l'axillaire au côté externe des muscles scalènes; elle fut aisément mise à découvert. Trois branches de nerfs provenant du plexus situé plus haut, et se dirigeant vers la poitrine, passaient sur l'artère dans cette partie, et se trouvaient en contact avec elle : on les écarta, et l'on passa très-facilement une ligature sous l'artère, au moyen d'un instru-

(1) Edimb., *Med. and Surg. Journ.* January, 1815.

ment fort bien conditionné pour cela, et inventé par les docteurs Perish, Hartshorn et Hewson, de Philadelphie. Dès l'instant où la ligature fut serrée, les pulsations cessèrent dans la tumeur. On observa que la température du membre opéré devint, dans l'après-midi, plus élevée que celle de l'autre bras. Le 17 septembre, la tumeur anévrismale s'ouvrit et il en sortit du sang épais et coagulé. Le 26 la ligature de l'axillaire tomba; le 11 octobre, la plaie était entièrement guérie; et le 16 du même mois, le malade cessa d'avoir besoin des secours de l'art; seulement il se plaignait de douleurs dans les doigts, et il n'avait plus qu'un clapier superficiel, situé à la place où la tumeur s'était ouverte (1).

La ligature de l'artère axillaire derrière la clavicule peut être faite de la manière suivante. Le malade étant placé sur une table garnie d'un matelas, dans une position horizontale, ou sur une chaise, l'épaule du côté affecté portée en bas le plus possible, l'opérateur incise la peau immédiatement derrière la clavicule, depuis le bord externe du muscle sterno-mastoïdien jusqu'au commencement de l'insertion du trapèze à la clavicule. Les bords de cette incision étant écartés, on voit le muscle peaucier, dont on coupe les fibres avec précaution pour ne pas blesser la veine jugulaire externe qui se trouve immédiatement au-dessous, et à peu-près vers le milieu de l'incision. Quand cette veine sera mise à découvert, on la détachera des parties environnantes, et on l'entraînera

(1) *Méd. Chir. Trans.* Vol. IX, p. 185.

vers l'épaule avec un crochet mousse. Alors l'opérateur divisera avec le bistouri, ou séparera avec son doigt le tissu cellulaire qui se trouve à la partie moyenne de la plaie, jusqu'à ce qu'il soit arrivé au bord externe du scalène antérieur : il fera glisser son doigt de haut en bas sur ce muscle jusqu'à ce qu'il ait atteint le point où il s'insère à la première côte, et qu'il soit arrivé à l'angle qui résulte de la réunion de ces deux parties, où il doit sentir l'artère. Il passera alors la ligature au-dessous de l'artère avec l'aiguille de Deschamps. Cela fait, l'opérateur tenant les deux bouts de la ligature, comprimera les parties qu'elle embrasse, et s'il observe que la pulsation cesse dans la tumeur, et par conséquent que l'artère est comprise dans la ligature, il nouera cette dernière, ensuite il pansera la plaie dont il réunira les lèvres avec des bandelettes agglutinatives.

Quelques Chirurgiens recommandent, dans cette opération, de détacher de son insertion la portion claviculaire du muscle sterno-mastoidien : d'autres conseillent de couper en travers le muscle omoplat-hyoidien et de diviser le muscle scalène antérieur, près de son insertion dans le tiers ou la moitié externe de son épaisseur, et même dans sa totalité, si on le juge nécessaire; mais dans l'un et l'autre cas, l'opération ne serait ni plus facile ni plus prompte.

Lorsque l'épaule et la clavicule sont fortement repoussées en haut, et que la tumeur a tellement étendu ses progrès vers les muscles scalènes, qu'il ne reste point entre elle et ces muscles un espace suffisant pour permettre de passer une ligature au-dessous de l'artère axil-

laire, on conseille de lier la sous-clavière immédiatement avant son passage entre les muscles scalènes. Cette opération a été pratiquée par M. Colles dans un cas que nous avons rapporté plus haut, et on a pu voir que les suites en ont été funestes. Quant à la ligature des artères sous-clavières dans un point différent de celui dont il vient d'être parlé, la situation de ces artères et leurs connexions avec des parties dont la lésion pourrait donner lieu à des accidens funestes, la rendent impraticable, et doivent détourner tout Chirurgien prudent de l'entreprendre. D'ailleurs les artères sous-clavière ont si peu de longueur, que si elles étaient le siège d'un anévrisme, quelque peu volumineuse que fût la tumeur, il ne resterait pas assez d'espace pour placer une ligature entre elle et l'origine de ces artères.

On a proposé de lier l'artère innominée dans les cas d'anévrismes de l'artère sous-clavière droite. Cette opération ne présente point de grandes difficultés sur le cadavre : mais sur le vivant son exécution serait presqu'impossible : d'ailleurs en supposant que l'on pût venir à bout de découvrir cette artère et de passer autour d'elle une ligature, sans intéresser des parties dont la lésion pourrait faire périr le malade, on aurait à craindre les suites funestes de l'inflammation des parties situées à la région supérieure de la poitrine ; il serait à craindre aussi que la force de la circulation dans un lieu aussi voisin du cœur n'empêchât l'oblitération de l'artère, et que le malade ne pérît d'hémorragie à la chute de la ligature. Ainsi rien ne pourrait justifier la conduite d'un Chirurgien qui aurait la témérité d'entreprendre la liga-

ture de l'artère innominée dans le cas d'un anévrisme de la sous-clavière droite.

Anévrismes des Artères Brachiale, Cubitale et Radiale.

On trouve dans les auteurs quelques exemples d'anévrisme vrai ou spontané de l'artère brachiale, mais ces cas sont très-rares; tandis que ceux d'anévrisme faux, c'est-à-dire, d'anévrisme qui succède immédiatement ou consécutivement à la blessure de cette artère, sont très-fréquens. En traitant de la saignée du bras, nous exposerons la conduite que le Chirurgien doit tenir, lorsqu'il a eu le malheur, en pratiquant cette opération, d'ouvrir l'artère brachiale. Il ne sera question ici que des anévrismes de cette artère produits par une autre cause.

L'artère brachiale peut être ouverte dans différens points de son étendue par un coup d'épée, de couteau, de baïonnette, ou de tout autre instrument. Lorsque la plaie de l'artère se trouve vis-à-vis de celle des tégumens, et que celle-ci est très-grande, le malade peut perdre une grande quantité de sang, et périr même d'hémorragie, s'il n'est promptement secouru. Si l'instrument a parcouru un long trajet dans le membre avant d'atteindre l'artère, le défaut de parallélisme entre la plaie de celle-ci et celle de la peau, empêchant le sang de sortir au-dehors, ce liquide s'infiltre dans le tissu cellulaire, et il se forme un anévrisme diffus ou faux primitif dont les progrès sont d'autant plus faciles et plus grands que l'aponévrose du bras est très-mince surtout vers la partie supérieure du mem-

bre. Dans l'un et dans l'autre cas, mais surtout dans celui où il s'est infiltré une plus ou moins grande quantité de sang dans le tissu cellulaire, la ligature de l'artère immédiatement au-dessus et au-dessous de sa blessure est le seul moyen efficace que l'on puisse employer. La compression, par laquelle les personnes qui donnent les premiers secours au blessé suspendent ordinairement l'hémorragie, est un moyen dont les effets sont trop incertains pour qu'on puisse compter sur son efficacité. On peut bien en exerçant sur la plaie une forte compression à travers les parties molles qui couvrent le vaisseau, suspendre l'hémorragie et arrêter les progrès de l'infiltration du sang dans le tissu cellulaire; mais comme cette compression, quelque forte qu'elle soit, ne donne jamais lieu à l'oblitération de l'artère, la guérison qu'elle procure est incomplète, et le malade reste exposé à un anévrisme faux consécutif qui se développe au bout d'un temps plus ou moins long. Ajoutez à cela qu'une compression assez forte pour empêcher le sang de s'échapper de l'artère, cause presque toujours une douleur qui la rend insupportable, et que l'obstacle qu'elle apporte au cours du sang dans les artères collatérales, à celui du même liquide dans les veines, et de la lymphe dans les vaisseaux lymphatiques, peut donner lieu à la gangrène.

Dans le cas dont il s'agit, on procède à la ligature de l'artère brachiale de la manière suivante. Si la plaie de l'artère correspond à celle des tégumens, on agrandit cette dernière suivant la direction de l'artère et dans une étendue assez grande pour mettre ce vaisseau à découvert dans l'espace d'un pouce au-dessus et au dessous

de l'endroit où il est blessé. Lorsque l'instrument vulnérant a parcouru un long trajet dans les chairs avant d'atteindre l'artère, et que la blessure de celle-ci se trouve fort éloignée de celle des tégumens, si on voulait découvrir le vaisseau en agrandissant seulement la plaie, il faudrait donner à l'incision une longueur considérable, et malgré cette longueur, la partie de l'artère qui est blessée ne serait pas mise à découvert dans une assez grande étendue, pour qu'on pût passer facilement la ligature autour d'elle. Dans ce cas, après s'être assuré, autant que cela est possible, de l'endroit où l'artère est blessée, au moyen d'un gros stylet introduit dans la plaie, sans avoir égard à la direction de celle-ci, on fait à la peau, selon le trajet de l'artère, une incision d'environ trois pouces, et dont la partie moyenne doit correspondre à l'endroit où l'on suppose que ce vaisseau est blessé. On procède ensuite à la ligature de l'artère, conformément aux règles que nous avons établies en traitant de l'anévrisme faux primitif ou diffus.

L'anévrisme vrai ou spontané et l'anévrisme faux consécutif de l'artère brachiale ne doivent être traités que par la ligature. La compression, outre qu'elle ne procurerait probablement pas la guérison de la maladie, aurait l'inconvénient, comme dans le cas de l'anévrisme faux primitif de cette artère, d'empêcher le cours du sang dans les artères collatérales, celui du sang veineux et de la lymphe, et par conséquent de favoriser le développement de la gangrène. L'opération nécessaire pour guérir les anévrismes dont il s'agit peut être faite suivant la méthode ancienne ou suivant la méthode de Hunter. Cette

dernière est préférable, excepté dans le cas où l'anévrisme est situé au-dessus de la partie moyenne du bras et qu'il a un volume considérable, parce qu'alors il faudrait lier l'artère trop près de la tumeur, ce qui pourrait produire l'inflammation et l'ouverture de la poche anévrismale, et que d'ailleurs la ligature se trouvant au-dessus de l'origine de l'artère collatérale externe, on serait privé de la ressource importante qu'offre cette artère pour la continuation de la circulation du sang dans le membre.

La méthode de Hunter, appliquée au traitement des anévrismes spontané et faux consécutif de l'artère brachiale devant être pratiquée de la manière que nous avons indiquée en traitant des anévrismes en général, il serait inutile de la décrire ici. Nous nous bornerons à faire remarquer que le nerf médian étant situé au côté interne de l'artère, on doit, pour éviter de le comprendre dans la ligature, porter l'aiguille de dedans en dehors, c'est-à-dire, du côté cubital de l'artère vers son côté radial.

Les anévrismes vrai, ou spontané et faux consécutif, sont plus rares encore aux artères cubitale et radiale qu'à l'artère brachiale. Tulpius rapporte l'exemple d'un anévrisme situé entre le pouce et l'index de la main gauche, survenu consécutivement à la blessure de l'artère radiale par la pointe d'un couteau, dans l'endroit où elle penètre dans la paume de la main en passant entre le premier et le second os du métacarpe. Il appliqua sur la petite tumeur un cérat astringent, et par dessus une lame de plomb qu'il assujettit au moyen d'un bandage convenable. De cette manière le malade fut guéri dans l'espace de quatre

mois (1). On aurait pu abréger la durée de ce traitement en ouvrant la petite tumeur et en liant l'artère, ou en la comprimant immédiatement. Petit, de Lyon (2), a observé un anévrisme de la même espèce, dont le siège était aussi à la région carpienne de l'artère radiale. Le malade, extrêmement pusillanime, fut opéré par l'ouverture de la tumeur. Il mourut de spasme. Je n'ai trouvé dans les auteurs qui sont venus à ma connaissance aucun exemple d'anévrisme spontané des artères radiale et cubitale. Cependant je ne voudrais pas conclure de là que ces artères ne peuvent être attaquées de cette espèce d'anévrisme, parce qu'on a vu des artères beaucoup moins considérables qu'elles, qui en étaient affectées.

Les anévrismes faux consécutif et spontané des artères cubitale et radiale doivent être traités comme ceux des autres artères. La ligature est préférable à la compression; cependant cette dernière pourrait être tentée si la tumeur était peu volumineuse, et située à la partie inférieure de l'avant-bras, où ces artères sont superficielles et trouvent un point d'appui sur les os qui forment cette partie du membre supérieur. La compression conviendrait surtout dans l'anévrisme de l'artère radiale, qui est située un peu moins profondément que l'artère cubitale, et à laquelle le radius fournit un point d'appui large et immédiat. La ligature des artères radiale et cubitale affectées d'anévrisme faux consécutif ou d'anévrisme

(1) *Observ. Médic.* Lib. IV, cap. XVI.

(2) Essai sur la Médecine du Cœur; Discours sur les Maladies principales observées à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

spontané peut être faite suivant l'ancienne méthode ou suivant la méthode de Hunter. Mais cette dernière est préférable à la première.

Lorsque l'anévrisme occupe la partie supérieure de l'artère radiale ou de la cubitale, très-près du pli du bras, on doit faire la ligature de l'artère brachiale. Ce précepte est surtout applicable à l'artère cubitale dont la partie supérieure est située sous les muscles rond-pronateur, radial antérieur, palmaire grêle, et fléchisseur sublime, qu'il faudrait couper pour la mettre à découvert. On risquerait aussi d'intéresser le nerf médian qui passe devant cette artère en croisant sa direction à angle très-aigu. Mais quand l'anévrisme occupe la partie moyenne ou la partie inférieure de l'artère cubitale ou de la radiale, on doit mettre cette artère à découvert et en faire la ligature immédiatement au-dessus de la tumeur. On pratique cette opération suivant les règles que nous avons exposées précédemment et dont il serait inutile de reparler ici. Nous ferons remarquer seulement, que s'il s'agit de l'artère cubitale, on doit éviter de comprendre dans la ligature le nerf cubital qui est placé à son côté interne, et qu'il suffit pour cela de diriger l'aiguille de dedans en dehors, c'est à dire, du côté cubital de l'artère vers son côté radial.

Si les anévrismes faux consécutif et spontané des artères radiale et cubitale sont extrêmement rares, il n'en est pas ainsi de l'anévrisme faux primitif où de la blessure de ces artères. Les suites de cette blessure sont différentes, suivant la forme de l'instrument qui l'a faite, l'endroit de l'artère où elle se trouve, son étendue et le

rapport de la plaie de l'artère avec celle des tégumens. Lorsque la plaie a été faite par un instrument tranchant, et qu'elle a une étendue considérable, la division de l'artère correspond ordinairement à celle des tégumens, le sang s'échappe au dehors et le malade en perd une quantité considérable s'il n'est promptement secouru. Mais quand la plaie a été faite par un instrument piquant, et que la division de l'artère est éloignée de celle de la peau, le sang a moins de facilité à se porter au dehors qu'à s'infiltrer dans le tissu cellulaire, et il se forme un anévrisme faux primitif plus ou moins considérable.

La compression et la ligature sont les deux moyens qui peuvent être employés pour arrêter l'hémorragie produite par la blessure des artères radiale et cubitale, et pour guérir l'anévrisme faux primitif résultant de cette blessure. Lorsque l'artère radiale est blessée dans sa partie inférieure, la compression suffit presque toujours pour arrêter l'hémorragie, parce que dans cet endroit l'artère est très-superficielle, et que la face antérieure du radius lui présente un point d'appui solide et presque immédiat. Il en est de même lorsque cette artère est ouverte dans le court trajet qu'elle parcourt sur le côté externe du poignet et sur le dos de la main. La compression est même le seul moyen que l'on puisse employer quand cette artère est ouverte dans l'endroit où elle s'enfonce entre le premier et le second os du métacarpe pour se rendre dans la paume de la main. En effet, dans cet endroit on ne pourrait lier l'artère qu'au-dessus de la blessure, et le malade serait exposé à une hémorragie par le bout inférieur, à raison de la communication

de ce bout avec l'artère cubitale. Dans un cas de cette espèce, où l'hémorragie s'était renouvellée après le pansement de la plaie, je parvins à arrêter le sang d'une manière solide en tamponnant la plaie plus fortement et plus méthodiquement qu'on ne l'avait fait d'abord. Mais lorsque l'artère radiale est ouverte dans sa partie moyenne, et surtout dans sa partie supérieure, on ne peut guère compter sur la compression pour arrêter l'hémorragie ; la situation plus profonde de l'artère dans sa moitié supérieure et l'épaisseur des parties molles qui la séparent du radius, rendent l'effet de la compression fort incertain. Il est plus sûr alors de mettre cette artère à découvert en incisant les parties qui la couvrent, et de la lier au-dessus et au-dessous de la blessure.

A l'égard de l'artère cubitale, dans quelque endroit de son trajet qu'elle soit ouverte, il convient de la mettre à découvert et d'en faire la ligature au-dessus et au-dessous de la plaie. On est parvenu quelquefois à arrêter l'hémorragie par la compression, lorsque cette artère était blessée dans sa partie inférieure; mais le plus souvent alors on a vu l'hémorragie se renouveler à plusieurs reprises, et on n'est parvenu à se rendre maître du sang qu'en découvrant l'artère par une incision d'une étendue convenable, et en la liant au-dessus et au-dessous de la plaie. La ligature convient surtout dans ce cas, lorsque l'artère a été coupée en travers, parce que les deux extrémités du vaisseau s'éloignant l'une de l'autre et se retirant dans les chairs, l'effet de la compression est beaucoup plus incertain. Au reste, lorsqu'on a cru devoir employer la compression pour arrêter une hémor-

ragie provenant de la blessure de l'artère cubitale, ou même de l'artère radiale, dans sa partie inférieure, si l'hémorragie se renouvelle à plusieurs reprises, on doit renoncer à ce moyen et pratiquer la ligature. En insistant sur la compression dans ce cas, on exposerait le malade à des hémorragies successives qui pourraient le faire périr. Ces hémorragies arriveraient d'autant plus sûrement, que le gonflement inflammatoire de la plaie et de ses environs ne permettrait pas d'exercer une compression suffisante pour les empêcher. Dans ce cas, lorsqu'on se détermine à faire la ligature, si le gonflement inflammatoire est très-considérable, on est obligé de découvrir l'artère à une distance plus ou moins grande au-dessus de la plaie ; car si on voulait mettre l'artère à découvert dans l'endroit même où elle est ouverte, l'opération serait non-seulement plus douloureuse, mais aussi plus difficile, à cause des adhérences de l'artère avec les parties voisines dont on aurait de la peine à la distinguer et à la séparer.

Lorsqu'une plaie de l'artère cubitale, ou de la radiale, a donné lieu à un anévrisme faux primitif, c'est-à-dire, à une infiltration plus ou moins grande de sang dans le tissu cellulaire, la compression ne peut être d'aucune utilité, et elle pourrait avoir de grands inconvéniens. La ligature est alors le seul moyen efficace, et il faut y recourir promptement. On pratique cette opération suivant les règles que nous avons indiquées en traitant de l'anévrisme faux consécutif.

On ne trouve dans les livres de l'art aucun exemple d'anévrisme spontané de l'arcade palmaire profonde, et

on n'en cite qu'un seul de l'arcade palmaire superficielle : il est rapporté par Guattani (1). La tumeur située près de l'éminence hypothénar de la main droite avait le volume d'une pomme ordinaire ; elle était circonscrite, indolente, dure, rénitente, sans pulsations : la peau qui la couvrait était calleuse, sans changement de couleur, excepté vers la circonférence de la tumeur où elle était violacée. Le malade qui portait cet anévrisme était un palefrenier, âgé de 45 ans, d'un tempérament sanguin et grand buveur. La tumeur n'existait que depuis quelques mois, lorsqu'elle fut soumise à l'examen de Guattani qui ne crut pas devoir prononcer sur sa nature avant de l'avoir examinée de nouveau à différentes reprises. Trois mois après elle avait augmenté de volume sans présenter de fluctuation ; la peau s'était considérablement amincie et menaçait de se rompre. Alors Guattani pensa qu'il convenait de l'ouvrir pour connaître la nature de la matière qu'elle contenait, et il fit une ponction avec une aiguille. Le sang jaillit aussitôt avec impétuosité, et comme il continuait de couler après que la tumeur fut vidée, il l'ouvrit dans toute son étendue, et appliqua le pouce sur le vaisseau dont le sang s'échappait, pendant qu'on plaçait une ligature autour de la partie moyenne du bras, pour suspendre le cours du sang dans l'artère brachiale. Ensuite il tamponna la plaie avec de la charpie, qu'il soutint avec des compresses et une bande convenablement serrée ; après quoi il relâcha

(1) *De externis Aneurysmatibus*. Historia XXI.

par degrés la ligature mise autour du bras. Quarante-deux heures après l'opération, le malade ayant remué imprudemment la main, éprouva une hémorragie considérable, et il fallut tamponner la plaie de nouveau. Le sang ne reparut plus; la suppuration s'établit, et la plaie fut guérie le vingt-sixième jour.

Dans les plaies de la main, il n'est pas rare que les arcades palmaires et sur-tout l'arcade palmaire superficielle soient blessées. Lorsque la plaie a une grande étendue, et que l'arcade palmaire superficielle est ouverte, si l'artère se présente à la vue, il faut en faire la ligature, en la saisissant avec une pince à dissection quand elle a été coupée entièrement en travers, ou en passant autour d'elle un fil avec une aiguille quand elle a été ouverte sur le côté; mais lorsque la plaie a peu d'étendue, que l'instrument a glissé obliquement dans les parties, et qu'il est allé ouvrir l'artère loin de l'endroit par lequel il a pénétré, si la compression ne suffit pas pour arrêter l'hémorragie, ou si celle-ci ayant d'abord été suspendue par ce moyen, se renouvelle après le premier pansement, il ne faut pas hésiter à mettre l'artère cubitale à découvert immédiatement au-dessus du poignet et en faire la ligature, en évitant de comprendre avec elle le nerf cubital. Cette ligature est préférable à l'incision et aux recherches qu'il faudrait faire pour découvrir l'artère et la lier dans la paume de la main.

Si la crosse palmaire profonde était ouverte, il serait impossible d'en faire la ligature, à moins que la plaie n'eût une étendue énorme, et que les tendons des

muscles fléchissurs des doigts et une partie des muscles des éminences thénar et hypothénar ne fussent divisés. Dans ce cas-là même, la ligature pourrait présenter encore de grandes difficultés. Alors, comme il importe de réunir la plaie immédiatement, au lieu de la tamponner pour arrêter l'hémorragie, on doit mettre l'artère radiale à découvert immédiatement au-dessus du poignet et en faire la ligature. Il faut tenir la même conduite dans le cas où la plaie a peu d'étendue, comme celle qui est faite par un instrument piquant ou par un morceau de verre pointu. Dans cette circonstance, si on voulait lier la crosse palmaire profonde, l'opération nécessaire pour la mettre à découvert présenterait de grandes difficultés, et pourrait donner lieu aux accidens les plus graves.

La seule objection qu'on pourrait faire à la ligature de l'artère cubitale pour remédier à l'hémorragie fournie par l'arcade palmaire superficielle, et à celle de l'artère radiale dans le cas où l'arcade palmaire profonde est ouverte, c'est qu'il est à craindre que cette ligature ne suffise pas pour arrêter l'hémorragie, à raison des communications que ces deux arcades ont entre elles. Mais si l'on considère que les rameaux artériels qui établissent ces communications sont très-petits, on verra que cette objection n'est pas fondée. D'ailleurs, si le sang coulait encore après la ligature de l'artère radiale ou de la cubitale, il ne coulerait qu'en petite quantité, avec peu de force, et la moindre compression suffirait pour l'arrêter.

Anévrismes de l'artère Fémorale.

Ces anévrismes peuvent être vrais, spontanés, faux primitifs ou faux consécutifs.

L'artère fémorale est peut-être de toutes les grosses artères des membres celle qui est le plus exposée à l'action des instrumens vulnérans ; aussi a-t-on un grand nombre d'exemples de plaies de cette artère. Ces plaies sont très-graves, demandent un prompt secours, et dans quelqu'endroit de son trajet que l'artère soit ouverte, on doit se hâter d'en faire la ligature. On a quelques exemples de plaies de l'artère fémorale, qui ont été guéries par la compression ; mais l'effet de ce moyen est trop incertain pour qu'on puisse lui accorder quelque confiance : presque toujours dans ce cas la guérison produite par la compression n'est qu'apparente, et il se forme, au bout d'un temps plus ou moins long, un anévrisme faux consécutif. La ligature est donc le seul moyen efficace de remédier à cet accident. Elle peut être faite dans l'endroit même où l'artère est blessée, immédiatement au-dessus et au-dessous de son ouverture, ou bien à une distance plus ou moins grande au-dessus de cette ouverture, selon la méthode de Hunter. Le premier procédé est préférable, en ce qu'il n'expose pas, comme celui de Hunter, à une hémorragie par le bout inférieur de l'artère ; hémorragie que nous avons vu survenir, et qui a nécessité consécutivement la ligature de l'artère au-dessous de l'endroit où elle était ouverte. Ce procédé est d'ailleurs d'une exécution

d'autant plus facile que l'artère fémorale est située très-superficiellement. Il convient exclusivement lorsqu'après une large blessure de cette artère il s'est formé un si grand épanchement de sang dans le tissu cellulaire, qu'il en résulte un anévrisme diffus d'une étendue énorme, qui écarte fortement les muscles et soulève la peau avec violence. Il est un cas cependant où la méthode de Hunter nous paraît préférable; c'est celui où l'artère fémorale est ouverte à sa partie inférieure, immédiatement au-dessus de l'ouverture du troisième adducteur qui lui donne passage, ou dans la partie qui traverse cette ouverture (1). Dans cet endroit, il serait très-difficile de la decouvrir et de l'isoler pour en faire la ligature.

Si l'artère fémorale était ouverte au pli de l'aine dans une grande étendue, il est probable que le malade périrait d'hémorragie avant qu'on pût lui administrer aucun secours; mais si par un concours de circonstances favorables, le sang cessait de couler au dehors, et qu'il s'infiltrât dans le tissu cellulaire, il faudrait recourir promptement à la ligature. Elle serait faite dans l'endroit même où l'artère est blessée, immédiatement au-dessus et au-dessous de la blessure, s'il restait entre celle-ci et l'arcade crurale un espace assez grand pour comprimer l'artère sur le pubis, et suspendre le cours du sang pendant l'opération; dans le cas contraire, on ferait la ligature de l'artère iliaque externe.

---

(1) *Voyez* l'Obs. XIII.

Comme nous l'avons dit plus haut, les plaies de l'artère fémorale sont presque toujours suivies d'un anévrisme faux consécutif, lorsqu'on a employé la compression pour arrêter l'hémorragie. Cet anévrisme peut acquérir un volume énorme, et subsister pendant long temps sans gêner beaucoup le malade, et surtout sans compromettre sa vie. Son volume et son ancienneté qui sembleraient devoir le rendre plus grave, sont, au contraire, des circonstances favorables au succès de l'opération nécessaire pour sa guérison (1). Cette opération peut être pratiquée suivant la méthode ancienne ou suivant la méthode de Hunter. Lorsque la tumeur est récente, peu volumineuse et située à la partie inférieure de la cuisse, on peut employer indifféremment l'une ou l'autre méthode. Dans le cas contraire, l'ouverture de la tumeur convient exclusivement.

Après l'artère poplitée, la fémorale est de toutes les artères des membres, celle qui est le plus souvent affectée d'anévrisme vrai, et d'anévrisme spontané. Ces anévrismes peuvent survenir à une distance plus ou moins grande de l'arcade crurale. Ceux qui se développent au-dessous de l'origine de l'artère profonde, font des progrès plus ou moins rapides selon leur situation. Quand l'anévrisme occupe la partie moyenne de la cuisse, il fait des progrès assez rapides; dans cette région l'artère est environnée d'un tissu cellulaire lâche et assez abondant, et la lame aponévrotique qui la couvre est fort mince: aussi la tumeur parvient-elle à un volume considérable.

---

(1) *Voyez* l'Obs. IX.

A la partie inférieure de la cuisse, l'artère fémorale, un peu avant son passage à travers le troisième adducteur, est renfermée dans une espèce de gaine formée par une aponévrose épaisse et forte, qui va du vaste interne au troisième adducteur, et qui oppose au développement de la tumeur une résistance considérable : aussi remarque-t-on que les anévrismes de cette partie de l'artère croissent ordinairement moins vîte.

En général la compression n'est pas admissible dans le traitement des anévrismes de l'artère fémorale : à quelque distance du pubis que la maladie soit située, on ne peut employer la compression sur la tumeur, faute d'un point d'appui assez étendu : d'un autre côté, on ne pourrait comprimer l'artère au-dessus de la tumeur que contre le pubis, ou contre le fémur vers le milieu de la cuisse; or, dans le premier cas, on renoncerait au bénéfice des communications de l'artère fémorale profonde, ressource la plus essentielle, sinon la seule pour l'entretien de la circulation : et dans le second, où la compression ne serait praticable qu'autant que l'anévrisme serait situé près de l'ouverture du troisième adducteur, les moyens compressifs agiraient trop près de la tumeur, et pourraient en déterminer l'inflammation.

L'opération est donc le seul moyen par lequel on puisse obtenir la guérison des anévrismes de l'artère fémorale. Cette opération peut être pratiquée selon la méthode ancienne ou selon la méthode de Hunter. Celle-ci, comme nous l'avons déjà dit, est préférable lorsque l'anévrisme occupe la partie inférieure de la cuisse : dans ce cas, l'artère est malade dans l'endroit où elle est le plus pro-

fondément située; on ne connait pas l'étendue de sa lésion; et s'il arrivait que cette lésion se prolongeât vers le bas, derrière le tendon du muscle grand adducteur, on pourrait éprouver de grandes difficultés à placer la ligature inférieure en pratiquant l'opération selon l'ancienne méthode. Au reste, l'opération par la méthode de Hunter, réussit d'autant mieux dans les anévrismes de la partie inférieure de l'artère fémorale que la tumeur est plus petite, circonscrite et récente; parce qu'alors le tissu cellulaire environnant est moins débilité, et que l'absorption du sang a lieu rapidement, aussi bien que la disparition de la tumeur. L'observation a appris, que dans les anévrismes de cette artère, ces deux phénomènes ont lieu en général beaucoup plus promptement après l'opération selon la méthode de Hunter, que dans les anévrismes de l'artère poplitée d'un volume égal.

Mais lorsque l'anévrisme de l'artère fémorale occupe la partie moyenne de la cuisse, et surtout lorsqu'il est situé plus haut encore, la méthode ancienne est préférable à celle de Hunter, pourvu toutefois qu'on puisse suspendre le cours du sang pendant l'opération, en comprimant l'artère sur le corps du pubis. Dans le premier cas, c'est-à-dire, lorsque l'anévrisme occupe la partie moyenne de la cuisse, en pratiquant la méthode de Hunter, comme il faudrait lier l'artère très-près de la tumeur, on risquerait de produire l'inflammation de celle-ci. Dans le second cas, c'est-à-dire, lorsque la tumeur est située très-haut, et s'élève jusqu'au niveau de l'origine de l'artère profonde, on serait forcé de placer la ligature au-dessus de cette origine, en sorte que le cours du sang serait inter-

rompu tout à la fois dans l'artère fémorale et dans la profonde, ce qui diminuerait prodigieusement les ressources de la nature pour entretenir la circulation dans le membre. On n'a point à craindre cet inconvénient en ouvrant la tumeur, parce que le plus souvent, dans les anévrismes de la partie supérieure de la fémorale, la lésion de l'artère est au-dessous de l'origine de la profonde, de manière qu'on peut lier le tronc fémoral au-dessous de cette origine, et conserver ainsi une des ressources principales pour l'entretien de la circulation.

L'anévrisme de l'artère fémorale occupe quelquefois la région inguinale et s'étend jusqu'à l'arcade crurale : on le désigne alors sous le nom d'anévrisme inguinal. Cet anévrisme ne prend pas toujours naissance de la partie de l'artère fémorale comprise entre l'arcade crurale et la naissance de l'artère profonde : il naît quelquefois de la partie de la fémorale qui se trouve immédiatement au-dessous de l'origine de la profonde. Dans ce cas, la tumeur est d'abord séparée de l'arcade crurale par un intervalle qui permettrait de comprimer l'artère crurale sur le pubis ; mais à mesure que la maladie fait des progrès, la tumeur s'approche de l'arcade crurale, et ne tarde pas à la couvrir : il n'est plus possible alors de comprimer l'artère crurale sur le pubis. L'aponévrose fascia-lata est si mince et si faible dans la région inguinale, qu'elle n'oppose presqu'aucune résistance au développement de l'anévrisme qui a son siége dans cette région : aussi remarque-t-on ordinairement qu'en peu de temps la tumeur acquiert un volume très-considérable.

Abandonné à lui même, l'anévrisme inguinal finit par

faire périr le malade au bout d'un temps plus ou moins long. Cependant on a quelques exemples de guérison spontanée de cet anévrisme. Marc Aurèle Séverin rapporte l'histoire d'un anévrisme énorme à l'aine, qui fut guéri par le sphacèle de la totalité de la tumeur (1). Gavina communiqua à Guattani un cas d'anévrisme inguinal qui fut attaqué de gangrène. Une quantité immense d'escarres composées du sac anévrismal et des parties adjacentes se détacha, et le malade survécut cinq semaines à la destruction de l'artère fémorale, au-dessus de l'origine de la profonde; il ne succomba que par l'impuissance des forces vitales à guérir l'ulcération étendue qui était restée à l'aine. On trouva, par la dissection, que l'artère iliaque externe était très-resserrée et remplie d'un caillot consistant (2). Le docteur Clarke a rapporté en 1784 un cas semblable aux deux qui précèdent : il parle d'un homme auquel, à la suite d'une forte percussion à l'aine gauche, il survint un anévrisme qui, dans l'espace de trois mois, acquit le volume d'un melon. La gangrène s'empara de la tumeur; celle-ci s'ouvrit sans donner lieu à l'hémorragie, et comme dans les cas précédens, les escarres se détachèrent et la plaie se détergea. Sa cicatrisation était fort avancée, lorsque le malade gagna par imprudence une fluxion de poitrine à laquelle il succomba. On trouva par la dissection que l'artère iliaque externe était remplie d'un caillot solide (3).

---

(1) *De reconditâ naturâ Abcessuum.* P. 199.

(2) Guattani, *de externis Aneurysmatibus.* Hist. XVII, p. 63.

(3) *Duncan's medical Commentaries.* Vol. III, dec. 2, p. 326.

Ces faits et quelques autres semblables ou analogues que l'on trouve dans les auteurs, ne prouvent pas seulement que la nature a quelquefois des ressources extraordinaires pour la guérison d'une maladie, qui, par sa nature et sa situation, semble ne pouvoir guérir sans les secours de l'art; ils démontrent aussi d'une manière incontestable que la circulation peut se faire dans le membre inférieur, et ce membre continuer à jouir de la vie malgré l'oblitération de l'artère fémorale au-dessus de l'origine de la profonde. Considérés sous ces derniers rapports, ces mêmes faits, joints aux connaissances anatomiques, ont engagé les praticiens à tenter une opération pour la guérison d'un anévrisme qui a long-temps été regardé par tous les Chirurgiens, comme étant au-dessus des ressources de l'art. Cette opération peut être pratiquée selon la méthode ancienne ou selon la méthode de Hunter.

Lorsque l'anévrisme inguinal existe dans l'artère fémorale au-dessous de l'origine de la profonde, c'est-à-dire à environ deux pouces et demi de l'arcade crurale, que la tumeur est d'un volume médiocre, et qu'il reste entr'elle et cette arcade un espace suffisant pour comprimer l'artère fémorale sur le pubis, de manière à suspendre le cours du sang et à faire cesser les battemens de la tumeur, on doit pratiquer l'opération suivant l'ancienne méthode, c'est-à-dire ouvrir la tumeur dans toute sa longueur, enlever les caillots dont elle est remplie, et lier l'artère au dessus et au-dessous de l'endroit où elle est ouverte. Dans ce cas, on n'a point à craindre l'hémorragie pendant l'opération, parce

que le cours du sang est intercepté dans l'artère fémorale par la compression de l'artère contre le pubis ; en ouvrant la tumeur dans toute sa longueur, on se procure un espace suffisant pour bien découvrir l'artère fémorale, la distinguer exactement de la profonde, et en faire la ligature au-dessus de sa rupture, avec la certitude de conserver l'origine de la profonde ; avantage que l'on ne pourrait pas se promettre faute d'un espace suffisant, en pratiquant l'opération selon la méthode de Hunter.

Mais quel que soit l'endroit de l'artère fémorale où l'anévrisme ait pris naissance, lorsque la tumeur s'étend si haut qu'il ne reste pas entr'elle et l'arcade crurale un espace où l'on puisse comprimer l'artère fémorale contre le pubis pour suspendre le cours du sang pendant l'opération, si l'on ouvrait la tumeur, on exposerait le malade à périr d'hémorragie. Cependant Guattani a pratiqué cette opération avec succès. Félix Morel, orfèvre, âgé de 55 ans, portait un anévrisme inguinal étendu depuis le pubis jusqu'à la crète de l'os des îles, et qui l'avait réduit à l'extrémité. Guattani en entreprit la cure par le moyen de la compression exercée sur l'artère fémorale mise à nu, et à la faveur du point d'appui fourni par le pubis. Voyant l'impossibilité de se rendre maître du sang par le moyen de la compression exercée par un aide sous l'arcade crurale, il chargea le Chirurgien Massimini d'ouvrir d'un bout à l'autre le vaste sac anévrismal. A l'instant même le sang jaillit avec une grande impétuosité, et en si grande quantité qu'on en remplit deux grands bassins, outre celui qui ne fut pas recueilli ;

le tout fut estimé à douze livres. Après une aussi grande hémorragie dans un sujet affaibli, Guattani parvint à établir la compression sur l'artère fémorale dénudée, à son issue de l'arcade crurale, contre le pubis, par le moyen de compresses graduées, assujetties par un bandage fort serré. L'hémorragie fut suspendue, le vaisseau fut oblitéré, la suppuration s'établit, et la plaie se cicatrisa. L'auteur assure que le malade a conservé l'usage du membre opéré, et qu'il ne lui est resté qu'une légère claudication (1).

Malgré la réussite de l'opération pratiquée par Guattani, et l'autorité du célèbre Scarpa, qui donne son approbation à cette opération et décrit la manière de la pratiquer, un Chirurgien prudent n'osera jamais l'entreprendre. Le succès d'une opération hazardeuse ne suffit pas pour la justifier ; en Chirurgie, la hardiesse a des bornes au-delà desquelles elle devient témérité. L'anévrisme inguinal devrait donc être regardé comme incurable, s'il n'y avait pas possibilité de lier l'artère fémorale au-dessus de la tumeur, sans ouvrir celle-ci. Il a été réputé tel, en effet, par presque tous les praticiens jusqu'en 1796, que M. Abernethy, chirurgien de l'hôpital St.-Barthélemy à Londres, fit la ligature de l'artère iliaque externe. Quoique les deux premières opérations de M. Abernethy aient eu des suites malheureuses, elles n'en démontrèrent pas moins que cette opération est d'une exécution très-facile, et que le

(1) *Loc. citat.* Hist. XV.

membre peut recevoir la quantité de sang qui lui est nécessaire, même après la ligature de l'artère iliaque externe, et elles encouragèrent à la répéter. Ses avantages sont maintenant établis par des observations et des succès nombreux.

La première fois, M. Abernethy se trouva dans la nécessité la plus urgente de faire la ligature de l'artère iliaque externe, puisque autrement la mort du malade était inévitable. L'artère fémorale droite fut liée pour la guérison d'un anévrisme de l'artère poplitée chez un homme qui était en même temps attaqué d'un anévrisme de l'artère fémorale gauche. L'anévrisme fémoral fit des progrès si rapides, qu'environ six semaines après la première opération, on se trouva obligé de lier l'artère à l'aîne. Tout allait bien tant par rapport à l'état du membre qu'à la santé du malade, lorsque le quinzième jour, la ligature s'étant détachée, une hémorragie des plus abondantes eut lieu. On l'arrêta au moyen de la compression. Mais comme l'artère fémorale elle-même ne pouvait être liée de nouveau, M. Abernethy se décida à mettre l'artère iliaque externe à découvert, et à en faire la ligature. Aucun changement sensible ne se manifesta dans le membre après cette seconde opération. Le cinquième jour, il survint une hémorragie considérable; on l'arrêta par la compression. Les forces du malade qui avaient été beaucoup diminuées par ses souffrances précédentes, déclinèrent dès-lors par degrés. Une toux incommode occasionna une extrême douleur dans la plaie, et il mourut dans le courant du huitième jour. Quoique son issue ait été malheureuse, cette opération n'a pas été

perdue pour les progrès de l'art; elle a suggéré à M. Abernethy l'idée d'appliquer la ligature de l'iliaque externe au traitement de l'anévrisme inguinal. L'occasion de faire l'application de cette idée ne tarda pas à se présenter. Un homme portait un anévrisme inguinal très-volumineux situé près de l'arcade crurale. M. Abernethy mit l'artère iliaque externe à découvert, et en fit la ligature. Le malade alla bien sous le double rapport de sa santé générale et de l'état du membre pendant les huit premiers jours qui suivirent l'opération; mais ensuite il éprouva divers accidens, ses forces diminuèrent graduellement, et il mourut le vingt-troisième jour après l'opération. M. Abernethy a pratiqué la même opération, en 1806, sur une femme, et en 1809 sur un homme, et ces deux opérations ont eu un succès complet. Ainsi ce célèbre Chirurgien a eu la satisfaction d'avoir le premier conçu et exécuté heureusement une des plus belles opérations dont s'honore la chirurgie moderne.

Les faits établis par M. Abernethy dans ses deux premières observations engagèrent M. Freer à entreprendre cette opération à l'hôpital de Birmingham, le 4 octobre 1806, sur un homme très-robuste, âgé de 27 ans. Au moment de l'opération, l'œdème avait doublé la grosseur ordinaire de la cuisse, et au-dessus de cette tuméfaction générale, l'anévrisme n'en avait pas moins encore le volume d'un gros melon. L'artère fut liée par une seule ligature, et immédiatement après la pulsation cessa dans la tumeur. La ligature se détacha le sixième jour; l'œdème du membre diminua; et quinze jours après la séparation de la ligature, le volume de la tu-

meur était tellement réduit, qu'elle se trouvait presque au niveau de la cuisse. Avant de quitter l'hôpital, il était en état de faire deux ou trois milles, et il avait complètement recouvré l'usage de son membre (1).

Douze mois ne s'étaient pas écoulés depuis la guérison du malade de M. Freer, lorsque l'opération fut répétée avec succès par M. Tomlinson, de Birmingham. Le malade, homme délicat, quoique sain d'ailleurs, avait quarante ans. La tumeur était aussi volumineuse qu'une grosse pomme. On n'employa qu'une seule ligature, et le malade se rétablit sans aucun symptôme fâcheux. La ligature se détacha le vingt-sixième jour, et le malade fut déclaré guéri le trente-unième jour après l'opération. La tumeur disparut graduellement, et au bout d'un an, il n'en restait aucun vestige (2).

Depuis que ces opérations ont été faites, M. Astley Cooper a lié l'artère iliaque externe dans six cas d'anévrismes inguinaux et fémoraux. Quatre des malades se sont rétablis complètement; un autre est mort treize semaines après l'opération, par suite de la rupture d'un anévrisme de l'aorte; chez le dernier, la jambe s'est gangrénée, et l'on a été obligé d'en faire l'amputation. L'artère iliaque externe a été liée encore par plusieurs Chirurgiens d'Angleterre, d'Irlande, d'Amérique et de France, et l'opération a réussi dans le plus grand nombre des cas.

---

(1) *Surgical Observations Aneurysms*. P. 79.

(2) *Ibid.*, p. 91.

Il y a deux manières de faire la ligature de l'artère iliaque externe relativement à la direction de l'incision : l'une est celle de M. Abernethy, et l'autre celle de M. Astley Cooper. Dans la première, on fait une incision de quatre pouces aux tégumens et aux muscles abdominaux suivant la direction de l'artère iliaque externe. Cette incision doit être située à environ un pouce et demi de l'épine antérieure et supérieure de l'ilion, vers la ligne blanche : son extrémité se termine à environ un demi-pouce au-dessus du ligament de Falloppe. Dans la seconde manière, on fait une incision semi-lunaire aux tégumens suivant la direction des fibres de l'aponévrose du muscle oblique externe. Une des extrémités de cette incision est près de l'épine de l'ilion; l'autre se termine un peu au-dessus du bord interne de l'anneau inguinal. Dans le procédé de M. Abernethy, il n'y a que le tiers inférieur de l'incision qui corresponde à l'espèce de cul-de-sac que le péritoine forme derrière le ligament de Poupart, et sous lequel il faut passer pour arriver à l'artère qui se trouve derrière cette membrane : les deux tiers supérieurs de l'incision correspondent à la partie du péritoine qui tapisse les muscles abdominaux, ce qui expose à blesser cette membrane. Le procédé de M. Astley Cooper est exempt de ces inconvéniens; aussi a-t-il été généralement adopté. Voici de quelle manière il convient de procéder à la ligature de l'artère iliaque externe.

Le malade étant couché sur le dos, le Chirurgien se place du côté qu'occupe la maladie; d'une main, il tend la peau qui doit être incisée; de l'autre, il tient un

bistouri convexe sur son tranchant, avec lequel il fait l'incision qui doit commencer à un demi-pouce en dedans de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, un peu plus haut que cette éminence, et s'étendre jusqu'au milieu du ligament de Fallope. La peau étant incisée, le Chirurgien divise successivement et dans la même direction, l'aponévrose du muscle grand oblique, les fibres charnues du petit oblique et une aponévrose mince qui appartient au muscle transverse, et qui manque, au reste, chez beaucoup de sujets. Il met ainsi à découvert la face externe du péritoine, dans l'endroit où cette membrane se réfléchit de devant en arrière pour gagner la fosse iliaque; il porte alors le doigt indicateur entre cette membrane et la lèvre inférieure de l'incision, détache peu-à-peu cette même membrane du muscle iliaque, auquel elle n'est unie que par un tissu cellulaire lâche, et la pousse en dedans jusqu'aux vaisseaux iliaques, qui sont appliqués sur le côté interne du muscle psoas. Dès qu'il a senti l'artère et la veine iliaques, il saisit ces vaisseaux en ayant soin de laisser le nerf qui est plus en dehors, et qui d'ailleurs est presque toujours logé dans une espèce d'enfoncement ou de gouttière formée par les muscles psoas et iliaque. Il amène doucement en dehors les vaisseaux avec le doigt disposé en manière de crochet, isole la veine de l'artère, en divisant avec l'ongle ou l'instrument le tissu cellulaire qui les unit; il passe ensuite avec une aiguille à manche, une double ligature autour de l'artère. Quand l'opérateur a serré les ligatures, il panse la plaie en plaçant entre les lèvres un peu de charpie mollette, afin de

prévenir la réunion immédiate, et de conserver quelque ressource dans le cas d'hémorragie. Il rapproche ensuite légèrement les lèvres de la plaie au moyen de quelques bandelettes agglutinatives, qu'il couvre de plusieurs compresses, et il maintient le tout avec un bandage peu serré. L'opération étant terminée, on replace le malade dans son lit, et on lui donne une position telle que le membre repose sur son côté externe, et que la cuisse soit légèrement fléchie sur le bassin. Les pansemens subséquens n'offrent rien de particulier.

Anévrismes de l'artère Iliaque postérieure ou Fessière.

Cette artère est située à une telle profondeur, qu'il est extrêmement rare que les instrumens vulnérans l'atteignent et l'ouvrent. Aussi ne trouve-t-on dans les auteurs qu'un très-petit nombre d'observations de sa blessure. Theden rapporte un cas d'ouverture de l'artère fessière dans le débridement d'une plaie d'arme à feu; le malade mourut. John Bell (1) a observé un cas d'ouverture de cette artère, à la suite de laquelle il se forma un anévrisme faux consécutif énorme, qui fut heureusement guéri par l'opération. Ce fait mérite d'être rapporté; le voici : « Un pauvre homme, marchand de sangsues, eut le malheur de tomber en sortant de son bateau. De longs ciseaux pointus qu'il avait sur lui pour

(1) *Traité des Plaies*, etc., traduit de l'anglais par M. Estor, p. 105.

son usage, lui pénétrèrent dans la hanche, précisément à l'endroit de l'échancrure ischiatique où l'artère fessière sort du bassin. Cette artère fut blessée; il se fit une grande hémorragie; le malade tomba en syncope. Le Chirurgien appelé n'eut pas beaucoup de peine à arrêter la sortie du sang par une plaie aussi étroite et aussi profonde, et encore moins à obtenir la cicatrisation de cette plaie. Bientôt il se forma une tumeur considérable. Le malade quitta le nord de l'Écosse où lui était arrivé l'accident. Six semaines après il vint à Édimbourg, où il fut reçu dans notre hôpital, ayant une tumeur énorme à la hanche, la cuisse dans un état général de contraction, la jambe fléchie, émaciée, froide et sans mouvement.

» Les dimensions prodigieuses de cette tumeur lui avaient fait perdre les caractères de l'anévrisme : elle ne présentait ni pulsation ni diminution de volume par l'effet de la compression; seulement, comme elle s'était accrue avec rapidité, elle s'accompagnait de beaucoup de douleur et de la perte des mouvemens du membre. Cet état fâcheux rendait le malade fort docile, et lui faisait souhaiter ardemment l'opération. Il y avait peu de doute sur l'existence d'un anévrisme, mais aussi il était possible que ce fût un vaste abcès. Dans une consultation nous décidâmes que le malade serait apporté dans la salle des opérations; qu'on inciserait la tumeur dans une petite étendue; que, la peau disséquée, on pénétrerait dans le sac avec la pointe d'une lancette; que s'il contenait du pus, on l'ouvrirait largement; que si on découvrait que ce fût un anévrisme, une nouvelle consultation aurait lieu.

» Je fis une incision de deux pouces et demi; je mis à découvert l'aponévrose fascia-lata : elle était très-épaisse et d'une couleur bleue; au-dessous étaient les fibres du grand fessier. J'y plongeai mon bistouri, et à l'instant sortirent avec force de gros caillots d'un sang noir et solide. Il restait à déterminer si une artère était décidément ouverte; et quelle était cette artère. L'incision que j'avais faite à l'aponévrose pouvant être fermée avec le doigt, je continuai à exprimer les caillots de la tumeur jusqu'à ce que je vis sortir un sang chaud et vermeil. Alors je remplis la plaie d'une tente, je la recouvris d'une large compresse, et ayant mis le malade dans son lit, je chargeai un aide de comprimer de la main cet appareil.

« Tout cela fut fait à une heure : à quatre eut lieu la consultation, et tout de suite après l'opération : Voici ce que je trouve de plus remarquable dans mes notes.

« 1.° Au moment où, ayant incisé la tumeur dans une étendue de huit pouces, je la vidai de ses caillots, le sang en sortit avec sifflement et avec une telle impétuosité que les assistans en furent couverts. Aussitôt vingt mains s'empressèrent autour du sac anévrismal, le remplirent d'éponges et de bourdonnets de toute espèce. Ce tamponnage n'arrêta pas le sang qui ne sortait plus par jet, mais coulait entre les lèvres de la plaie et abondamment sur tout cet appareil que plusieurs mains comprimaient. Un signe bien plus alarmant nous annonca la continuation de l'hémorragie. Cet homme, qui d'abord n'était pas couché, mais qui s'appuyait sur ses coudes, tomba tout-à-coup, laissant aller sur les côtés de la table ses bras

sans vie et sans pouls : sa tête était pendante et livide : il poussa deux ou trois soupirs et nous le crûmes mort.

« 2.° Voyant, dans cette conjoncture difficile qu'un coup hardi pouvait seul le sauver, je portai l'instrument tranchant de haut en bas, et je donnai à mon incision environ deux pieds de longueur. Je plongeai ma main dans l'anévrisme; je rejettai la grande éponge qui recouvrait l'artère; je sentis le jet du sang liquide, et posai le bout de mon doigt sur l'orifice du vaisseau ouvert : j'en reconnus distinctement les pulsations; alors seulement je fus assuré que cet homme vivait encore. Les assistans écartèrent les bords de ce kyste anévrismal énorme, le débarassèrent de plusieurs petites éponges dont on l'avait rempli et le nettoyèrent avec soin : puis laissant mon doigt sur l'artère, je passai dessous une grosse aiguille garnie d'une ligature, de manière à ce que le vaisseau fût enveloppé dans un lien que serra un aide. Je retirai mon doigt, et nous vîmes clairement que c'était l'artère iliaque postérieure qui avait été coupée complètement en travers : que le sang en était sorti par une large ouverture; qu'elle était coupée et liée précisément là où elle se recourbe sur l'os. Quoique les extrémités fussent froides, la face plombée, que le malade eût cessé de respirer et qu'il parût mort; quoiqu'on ne pût sentir sur son corps des pulsations, j'en apercevais de si fortes dans l'artère liée, toutes les fois que je plaçais mon doigt dessus, que nous n'eûmes pas de doute que ce malade ne vécût encore. Néanmoins il était si prodigieusement affaibli, qu'après avoir rapproché les bords de la plaie, et appliqué le bandage nécessaire, nous fûmes obligés de faire

apporter un lit dans la salle des opérations, où nous le laissâmes entre les mains des élèves et des infirmiers.

« Il guérit de cette immense plaie en moins de sept mois, quoique la cicatrisation en fût retardée par la suppuration énorme d'un tel sac et par la mortification de l'os des îles et du sacrum, qu'avait affectés principalement le long séjour du sang anévrismal au-dessus d'eux. Les exfoliations des portions osseuses nécrosées furent considérables, surtout au sacrum, où elles continuèrent jusqu'au moment où la plaie se ferma.

« J'ignore si cet homme fut complètement guéri, car il quitta l'hôpital encore boiteux et marchant à l'aide d'un bâton : cependant il se crut en état de reprendre sa profession, et alla en Angleterre dans ce dessein. « Bell ajoute en note : « Le docteur Farquharson, mon successeur dans l'hôpital, m'apprend qu'il a revu cet homme, à son retour d'Angleterre, en parfaite santé, et marchant solidement. »

Malgré le succès que Bell a obtenu en ouvrant le sac anévrismal, sa conduite n'a pas trouvé d'imitateurs, et il est probable qu'elle n'en trouvera jamais. On a pensé avec raison qu'en ouvrant un anévrisme dans un endroit où il est impossible d'arrêter le cours du sang par la compression de l'artère au-dessus de la tumeur, on exposerait le malade à périr d'hémorragie pendant l'opération. La crainte d'un évènement aussi fâcheux et la certitude de la mort du malade par l'ouverture spontanée de la tumeur, si on abandonne la maladie à elle-même, ont suggéré à M. Stevens, chirurgien de l'Ile de Sainte-Croix, l'idée d'appliquer la méthode de Hunter à l'ané-

vrisme de l'artère fessière, en liant l'artère iliaque interne, opération extrêmement hazardeuse pour ne rien dire de plus; que ce chirurgien a entreprise et exécutée avec succès dans le cas suivant.

Une négresse portait à la fesse gauche, sur l'échancrure sacro-sciatique, une tumeur du volume de la tête d'un enfant, offrant des pulsations très-fortes. La cause de la maladie était inconnue : il y avait environ neuf mois qu'elle avait commencé à paraître, accompagnée d'une légère douleur : c'était par degrés que la tumeur avait acquis la grosseur et le développement qu'elle offrait alors. Réduite à un état fort malheureux, cette femme était disposée à supporter quelque opération que ce fût. M. Stevens s'étant exercé sur le cadavre à lier l'artère iliaque interne, pensa qu'elle pouvait l'être également sur le vivant, et le 27 décembre 1812, il pratiqua cette opération sur la négresse, en présence de deux de ses confrères.

Une incision d'environ cinq pouces de longueur fut faite sur le côté gauche de la partie inférieure de l'abdomen, dans une direction parallèle à l'artère épigastrique, à un demi-pouce en dehors de cette artère. La peau et les trois muscles larges de l'abdomen furent sucessivement divisés. Les adhérences celluleuses lâches du péritoine avec les muscles iliaque et psoas furent détruites. Cette membrane fut renversée et repoussée en dedans; depuis l'épine supérieure antérieure de l'os des îles jusqu'à la division de l'artère iliaque primitive. L'opérateur distingua l'artère avec le doigt indicateur introduit dans la cavité qu'il venait de faire, et ayant porté derrière

elle l'extrémité de ce doigt, il la comprima entre ce même doigt et le pouce. Un des assistans toucha en même temps l'anévrisme, et observa que la pulsation y avait cessé, et qu'il était diminué. M. Stevens explora l'artère dans le bassin avec son doigt, et trouvant qu'elle était saine, il la détacha avec précaution des parties environnantes; il passa ensuite sous l'artère, avec une petite aiguille mousse, un fil, et il la lia à un demi pouce environ de son origine.

La tumeur disparut presque immédiatement après l'opération, et la plaie marcha favorablement. Vers la fin de la troisième semaine, la ligature se détacha, et au bout de six semaines, la malade était parfaitement guérie (1).

Le 12 mai 1817, la même opération fut pratiquée par M. Atkinson d'York. Le malade était un batelier âgé de 29 ans, grand, vigoureux, actif, sans trop d'embonpoint, mais bien musclé. Il souffrait beaucoup d'une tumeur pulsative, rénitente, très-volumineuse, évidemment anévrismale, et située sous le muscle fessier du côté droit. Elle existait depuis neuf mois, et elle était survenue à la suite d'un coup de pierre violent. L'opération ne présenta aucune difficulté majeure : seulement on fut obligé de l'interrompre un instant, à cause de la quantité de sang fourni par les petites artères musculaires. Ayant atteint l'artère iliaque interne dans le bassin, ce qui exigea que l'on plongeât dans cette cavité

---

(1) *Medico-chirurgical Transactions*. Vol. V.

les doigts tout entiers, on en fit la ligature. On s'assura que l'artère malade provenait de l'iliaque, en comprimant celle-ci à plusieurs reprises, ce qui fit cesser les battemens, et disparaître presqu'entièrement la tumeur. La courbure insuffisante de l'aiguille apporta quelques entraves à l'application de la ligature; mais pour éviter cela par la suite, M. Atkinson recommande de se servir, pour passer la ligature autour de l'artère, d'un instrument en forme de catheter, dont le mandrin aurait un petit anneau à son extrémité, et pourrait être poussé au-delà du tube qui le renfermerait.

Le malade se trouva passablement bien après l'opération : le pouls ne s'éleva jamais au-dessus de cent-trente pulsations, et au bout de quelque temps, il tomba à quatre-vingt ou quatre-vingt-dix. Mais le 21 mai, environ vingt jours après l'application de la ligature, le malade succomba, épuisé en partie par les hémorragies, en partie par la suppuration de la plaie. A l'ouverture du cadavre, on trouva la cavité du péritoine entièrement remplie de sang coagulé dans le trajet de l'incision. La ligature, qui était probablement détachée depuis plusieurs jours, fut enlevée avec le sang que l'on épongea. L'iliaque interne qui paraissait avoir été liée, était divisée à un pouce et demi environ au-dessous de son origine, c'est-à-dire, de la bifurcation de l'iliaque commune ou primitive (1).

Les deux faits que nous venons de rapporter ne laissent aucun doute sur la possibilité de lier l'artère iliaque

---

(1) *Med. and physic. Journ.* XXXVIII, p. 267.

interne : mais cette opération offre si peu de chances de succès qu'on ne doit se déterminer à la pratiquer que dans le cas où, malgré l'emploi des moyens propres à arrêter les progrès de l'anévrisme, la tumeur continue à prendre de l'accroissement et menace d'une rupture prochaine.

Anévrismes de l'artère Poplitée.

Malgré la situation profonde de cette artère, et la protection que lui fournissent en devant le fémur et le tibia, et sur les côtés les tendons qui bornent le creux du jarret, les instrumens vulnérans l'atteignent et l'ouvrent quelquefois. Le sang qui s'en échappe coule en partie au-dehors, et s'infiltre en partie dans le tissu cellulaire. Si l'ouverture de l'artère est petite et éloignée de celle de la peau, l'hémorragie est médiocre et peut être attribuée à la lésion de quelques-unes des branches que cette artère fournit. Dans le cas contraire, le sang s'échappe par la plaie extérieure avec tant d'abondance et d'impétuosité qu'il ne peut y avoir aucun doute sur la source qui le fournit.

La compression est un moyen sur lequel il ne faut pas compter pour remédier à une plaie de l'artère poplitée. Cette artère est située trop profondément, pour qu'on puisse espérer d'en rapprocher les parois, et d'en déterminer l'oblitération par la compression la plus forte que la prudence permette d'exercer. Dans les cas où l'on est parvenu à arrêter l'hémorragie au moyen de la compression, on n'a procuré qu'une guérison apparente, incomplète, et au bout d'un temps plus ou moins long, il s'est

formé un anévrisme faux consécutif. Une forte compression a d'ailleurs l'inconvénient de produire la gangrène en gênant ou empêchant le passage du sang dans les artères collatérales, et en interceptant le cours de ce liquide dans les veines, et celui de la lymphe dans les vaisseaux absorbans. C'est ce que j'ai vu sur un jeune homme de 17 à 18 ans. Il avait été blessé à la partie externe du genou droit avec de grands ciseaux pointus, à l'usage des bourreliers : l'instrument avait pénétré entre le fémur et le tendon du muscle biceps, et ouvert l'artère poplitée. La plaie fut suivie immédiatement d'une hémorragie considérable, qu'on arrêta par la compression. Au bout de quelques jours, le malade ayant fait un mouvement brusque, l'hémorragie se renouvela, et fut arrêtée par une compression plus forte. Une troisième hémorragie eut lieu, et fut arrêtée par un bandage encore plus serré. Alors la jambe se tuméfia énormément : elle devint marbrée, livide, froide, et lorsque je fus appelé en consultation, elle était déja gangrénée jusqu'auprès du genou. Il ne restait d'autre ressource que l'amputation de la cuisse ; je la pratiquai, et le malade guérit. A la dissection du membre, je vis que l'artère poplitée était ouverte à sa partie externe, dans l'étendue d'environ deux lignes. L'ouverture s'était un peu arrondie, et il existait un commencement d'anévrisme faux consécutif.

La ligature est donc le seul moyen efficace que l'on puisse opposer aux plaies de l'artère poplitée. On peut lier cette artère elle-même dans l'endroit où elle est blessée, immédiatement au-dessus et au-dessous de l'ou-

verture, ou bien employer la méthode de Hunter, en liant l'artère fémorale. La situation profonde de l'artère poplitée en rend la ligature très-difficile, et la difficulté est augmentée par l'impossibilité de déterminer au juste l'endroit où elle est ouverte. La ligature de l'artère fémorale; au contraire, est une opération aussi simple que facile, et qui, par conséquent, mérite la préférence. Nous l'avons pratiquée avec succès dans un cas de cette espèce, comme on le voit par l'observation XI.e Cependant, si à l'occasion d'une large plaie de l'artère poplitée ou d'une rupture spontanée de ses parois, il s'était épanché une grande quantité de sang, non seulement dans le creux du jarret, mais aussi dans les parties inférieure de la cuisse et supérieure de la jambe, il faudrait découvrir l'artère par une longue incision pratiquée sur son trajet, et après avoir enlevé autant que possible le sang épanché dans ses environs, en faire la ligature au-dessus et au-dessous de sa blessure ou de sa déchirure.

L'anévrisme vrai ou l'anévrisme spontané de l'artère poplitée peut avoir son siége à la partie moyenne de cette artère, à sa partie supérieure ou à sa partie inférieure. Ordinairement le diagnostic n'en est pas difficile, soit parce que le point d'appui que l'artère et la tumeur trouvent derrière l'articulation du genou, rend les battemens plus sensibles, soit parce qu'il y a peu de maladies avec lesquelles on puisse confondre celle-là. Mais quand l'anévrisme occupe la partie inférieure de l'artère, on ne connaît que difficilement toute l'étendue de la tumeur, parce qu'elle est comprimée par les muscles du mollet qui en cachent la plus grande partie; et qui n'en

laissent appercevoir que la petite portion, qui s'est étendue vers le creux du jarret. Le diagnostic peut être difficile aussi lorsque le point altéré de l'artère répond à sa partie supérieure et jusque dans l'ouverture du troisième adducteur; dans ce cas, le tendon de ce muscle et l'aponévrose épaisse qui couvre antérieurement la fin de l'artère fémorale, résistent à l'impulsion du sang dans le sac anévrismal, et celui-ci ne peut s'étendre que vers le creux du jarret. Quelquefois cependant la tumeur se développe au-dessus et au-dessous de l'ouverture; mais dans ce cas, elle se prononce tout à-la-fois au creux du jarret et à la face interne de la cuisse, partagée par un collet : ce cas est facile à reconaître.

On a appliqué au traitement de l'anévrisme de l'artère poplitée la compression sur la tumeur même, et celle au-dessus de la tumeur; et ces deux manières de comprimer ont quelquefois procuré la guérison de la maladie. Mais la saillie formée sur les côtés du jarret par les tendons des muscles fléchisseurs de la jambe, rend la compression sur la tumeur difficile à pratiquer et d'un succès fort incertain : d'ailleurs, cette compression agit toujours plus ou moins sur les artères collatérales qui doivent suppléer le tronc principal après son oblitération, et peut, par conséquent, priver d'une ressource importante pour la circulation. Ajoutons à cela qu'elle gêne plus ou moins le cours du sang veineux et de la lymphe, ce qui produit un gonflement plus considérable du membre.

La compression au-dessus de la tumeur n'a pas les mêmes inconvéniens et mérite la préférence. Elle doit

être faite à la partie moyenne de la cuisse, endroit où l'artère fémorale n'est couverte que par le muscle couturier, et où elle trouve un point d'appui solide sur la partie interne du fémur. Cette compression convient surtout chez les personnes maigres et dont les muscles ont peu d'épaisseur; mais elle est presqu'impraticable quand les sujets sont gras et musculeux, parce que chez eux l'artère est située trop profondément pour que la compression puisse l'atteindre, à moins d'employer un degré de force qui la rend bientôt insupportable, ou si le malade a le courage de la supporter, elle peut produire la gangrène des parties qui couvrent l'artère, et de l'artère elle-même, comme nous en avons vu un exemple. Au reste, soit que l'on comprime sur la tumeur même, soit que l'on comprime au-dessus, on doit toujours se conformer aux règles que nous avons établies précédemment.

Lorsque la compression est impraticable, ou qu'elle a été faite sans succès, on doit recourir à l'opération. Cette opération peut être pratiquée selon l'ancienne méthode, ou selon la méthode de Hunter. Celle-ci, préférable en général dans tous les anévrismes qui réunissent les conditions favorables à la réussite, l'est surtout dans l'anévrisme de l'artère poplitée. En effet, soit que l'on considère cette méthode sous le rapport de l'exécution, soit qu'on la considère sous le rapport des accidens qui peuvent en résulter, on voit que dans ce cas elle a des avantages incontestables sur la méthode ancienne; et quant au rétablissement de la circulation, si la méthode de Hunter ne l'emporte pas sur l'autre,

elle ne lui est pas inférieure. Nous ne reviendrons pas ici sur ce que nous avons dit précédemment touchant la manière dont la méthode de Hunter doit être exécutée. Nous remarquerons seulement que dans l'anévrisme de l'artère poplitée, l'artère fémorale peut être liée dans trois endroits différens : 1.° immédiatement au-dessus de son passage à travers le troisième adducteur, comme Desault l'a fait une fois ; 2.° vers la partie moyenne de la cuisse, selon la manière de Hunter ; 3.° à la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen de la cuisse, ou, ce qui revient à-peu-près au même, au bas de l'espace inguinal, comme M. Scarpa l'a conseillé et pratiqué, et comme on le pratique généralement aujourd'hui. Le procédé de Desault est essentiellement défectueux ; aussi la conduite de cet habile praticien n'a pas trouvé d'imitateurs, et Desault lui-même, dans des opérations pratiquées plus tard, et à plusieurs desquelles j'ai assisté, a fait la ligature plus haut, dans l'endroit où l'artère fémorale s'engage derrière le muscle couturier, que je lui ai vu couper en travers pour rendre l'opération plus facile. Le procédé de Hunter n'a point les inconvéniens de celui de Desault ; mais il est moins avantageux que celui de M. Scarpa. Dans l'endroit où le célèbre professeur de Pavie pratique l'opération, l'artère fémorale n'est couverte que par la peau et l'aponévrose fascia-lata, à laquelle elle est unie par un tissu cellulaire lâche ; ensorte qu'il est très-facile de la mettre à découvert, et de l'isoler dans l'étendue nécessaire pour placer les ligatures. Au reste, soit qu'on lie l'artère fémorale à la partie moyenne de la cuisse ou au bas de l'espace ingui-

nal, les ressources de la nature pour le rétablissement de la circulation sont les mêmes, puisque dans l'un et l'autre cas la ligature est placée au-dessous de l'origine de la profonde et des circonflexes, dont les anastomoses avec les articulations sont très-nombreuses.

En parlant de l'opération de l'anévrisme en général, nous avons dit que quelqu'avantageuse que soit la méthode de Hunter, il y a des cas dans lesquels cette méthode ne convient point, et qui réclament l'ouverture de la tumeur : nous avons exposé aussi les règles générales d'après lesquelles cette dernière opération doit être pratiquée : ainsi il n'y a que quelques remarques à faire sur cette méthode appliquée à l'anévrisme de l'artère poplitée.

Le malade doit être couché sur le ventre, et l'opérateur placé à gauche du malade, quel que soit le côté de la maladie. Pour suspendre le cours du sang pendant l'opération, un garrot est appliqué sur l'artère fémorale dans l'endroit où le tiers moyen de la cuisse s'unit à son tiers inférieur, et on fait en outre comprimer cette artère sur le pubis avec une pelotte qui est tenue par un aide intelligent. La jambe sera étendue autant que possible pendant l'incision extérieure et l'ouverture du sac; mais elle doit être un peu fléchie quand on place les ligatures, afin que les bords de l'incision relâchés puissent être écartés plus facilement, que l'artère ne soit pas tendue, et qu'on puisse la soulever avec les doigts qui la pincent sur la sonde qu'on y a introduite. L'incision des tégumens doit être un peu oblique de haut en bas et de dedans en dehors, et plus près du côté interne de

l'articulation que de l'externe, afin que le nerf sciatique se trouve, dans l'épaisseur de la lèvre externe de la plaie, couvert par une couche de tissu cellulaire. Cette incision doit avoir une longueur proportionnée au volume de la tumeur et s'étendre même plusieurs pouces au-dessus et au-dessous : en général, il ne peut y avoir aucun inconvénient à faire une longue incision à l'extérieur, et on se prépare de grandes difficultés pour le reste de l'opération en faisant cette incision trop petite. Quand la peau est incisée, on divise peu-à-peu le tissu cellulaire et l'aponévrose fáscia-lata ; ensuite on ouvre le sac anévrismal dans toute sa longueur, on ôte le sang qui le remplit, et on procède à la ligature de l'artère, en se conformant aux règles qui ont été exposées précédemment.

Dans la plupart des cas, quoique le nerf sciatique soit devenu plus large par la pression que la tumeur a exercée sur lui, il est facile de l'éviter dans l'incision comme dans la ligature. Cependant lorsque l'anévrisme occupe la partie inférieure de l'artère poplitée, il arrive quelquefois que la branche interne du nerf sciatique et les rameaux qu'elle envoie aux muscles jumeaux et soléaire, sont tellement aplatis par les progrès de la tumeur, qu'ils couvrent toute la partie postérieure du sac anévrismal; ensorte qu'on ne pourrait ouvrir ce sac dans toute sa longueur, sans être exposé à couper quelque branche nerveuse. Cette disposition des parties offre une des plus grandes difficultés qui puissent se rencontrer dans l'opération de l'anévrisme par l'ouverture de la tumeur; et si en même temps l'artère se trouve désor-

ganisée dans la plus grande partie de sa circonférence et dans une grande étendue de sa longueur, la difficulté est plus grande encore, et l'on doit s'estimer heureux alors de pouvoir terminer l'opération. Dans un cas de cette espèce où nous ne pûmes ouvrir le sac que dans l'étendue d'un pouce environ au côté interne du nerf, et où nous fûmes obligés de placer les ligatures supérieures sans pouvoir distinguer l'ouverture par laquelle la sonde avait été introduite dans l'artère, nous fûmes assez heureux pour pouvoir séparer inférieurement les branches du nerf en les disséquant, et placer les ligatures inférieures par les fentes de séparation. Ce fait et ceux du même genre déjà connus, prouvent de plus en plus que, dans l'anévrisme de l'artère poplitée, la méthode de Hunter est préférable à l'ouverture de la tumeur.

Mais il est des anévrismes de cette artère qui ne comportent ni l'une ni l'autre méthode, et dans lesquels on n'a d'autre ressource, pour sauver la vie du malade, que l'amputation de la cuisse. Tels sont, sur un sujet d'un âge avancé, les anévrismes très-volumineux, accompagnés de symptômes imminens de rupture, de grande tuméfaction, d'engorgement œdémateux, de peu de sensibilité à la jambe et au pied, avec douleurs violentes dans la tumeur, et des soupçons fondés de carie du fémur et du tibia. Il est évident que dans les cas de cette espèce l'opération de l'anévrisme ne peut avoir aucun résultat avantageux, et que l'amputation est le seul moyen par lequel on puisse espérer de conserver la vie du malade. A la vérité, le succès de cette opération

est toujours fort incertain; mais comme elle est la seule ressource sur laquelle on puisse fonder quelqu'espoir de guérison, et que d'ailleurs la maladie pour laquelle on y a recours est nécessairement mortelle, soit qu'on l'abandonne à elle-même, soit qu'on pratique l'opération de l'anévrisme, on ne doit pas hésiter à recourir à l'amputation du membre, puisqu'elle est la seule opération qui offre quelque chance de salut. On pourrait croire, au premier coup-d'œil, qu'il vaudrait mieux tenter d'abord la ligature de l'artère, et n'en venir à l'amputation que dans le cas où la gangrène s'emparerait du membre, ou qu'il surviendrait d'autres accidens qui feraient craindre pour la vie du malade; mais l'expérience a appris que l'amputation a toujours été suivie de la mort, lorsqu'on ne la fait qu'après avoir pratiqué l'opération de l'anévrisme. Il n'en est pas de même lorsqu'on fait d'abord l'amputation; dans ce cas, la maladie pour laquelle on y a recours n'ajoute rien par elle-même à l'incertitude des résultats de cette opération : les chances pour ou contre le succès sont les mêmes, toutes choses égales d'ailleurs, que dans les autres maladies pour lesquelles l'amputation de la cuisse est indispensable. En cela l'expérience est conforme au raisonnement; car, d'un côté, si l'on cite plusieurs exemples de personnes qui ont eu la cuisse amputée pour un anévrisme du jarret, et qui toutes sont mortes des suites de l'opération; d'un autre côté, on peut citer d'autres faits qui prouvent que dans le cas dont il s'agit, l'amputation a été le seul moyen de salut. Pott dit avoir pratiqué souvent l'amputation, tant pour l'anévrisme de l'artère poplitée que

pour celui de la fémorale, sur des malades qui ont vécu en bonne santé plusieurs années après. Nous-mêmes nous avons amputé la cuisse pour un anévrisme de l'artère poplitée, accompagné de la gangrène de la jambe sur un homme qui jouit encore d'une bonne santé (1).

Anévrismes des artères Tibiales postérieure et antérieure, et de la Péroniere.

L'anévrisme de ces artères est rarement vrai ou spontané. Il est presque toujours la suite d'une lésion par cause externe.

L'artère tibiale antérieure est située de manière qu'elle peut être ouverte par un instrument piquant, ou par un instrument tranchant dans la moitié inférieure de la jambe, mais qu'elle ne peut être blessée que par un instrument piquant dans la moitié supérieure de ce membre. Lorsque la plaie dans laquelle cette artère est ouverte a beaucoup d'étendue, le sang coule au-dehors, et le malade éprouve une hémorragie considérable s'il n'est promptement secouru; mais lorsque la plaie est étroite, et surtout lorsque l'artère est ouverte dans un endroit éloigné de la plaie des tégumens, le sang ne coule par celle-ci qu'en petite quantité, et la moindre compression suffit pour l'arrêter : mais ce liquide s'infiltre dans le tissu cellulaire, et il se forme bientôt un anévrisme faux primitif.

---

(1) *Voyez* l'Observation XII.

Dans son cinquième inférieur environ, l'artère tibiale antérieure est appuyée immédiatement sur le tibia, et n'est couverte que par la peau, l'aponévrose de la jambe et le tendon du muscle extenseur propre du gros orteil : elle réunit donc dans cet endroit les conditions favorables à la compression, et ce moyen peut être employé pour arrêter l'hémorragie qui résulte de sa blessure. Cependant, comme la compression s'oppose à la réunion immédiate de la plaie, et qu'elle peut donner lieu à une inflammation violente et même à la gangrène, la ligature doit lui être préférée. Ce dernier moyen est le seul efficace, lorsque l'artère tibiale antérieure est ouverte dans un point quelconque de ses quatre-cinquièmes supérieurs. Dans ce cas, la compression ne procurerait qu'une guérison illusoire ; elle empêcherait le sang de sortir au dehors, mais ne préviendrait pas son infiltration dans le tissu cellulaire, et la formation d'un anévrisme faux primitif, ou faux consécutif. La ligature de l'artère tibiale antérieure se pratique selon les règles générales que nous avons établies précédemment. On met l'artère à découvert en faisant sur son trajet une incision dont la partie moyenne doit correspondre à son ouverture, et on la lie au-dessus et au-dessous de cette ouverture. Il est à peine nécessaire de dire que cette opération est d'autant plus facile que l'artère est ouverte plus près de la partie inférieure de la jambe.

Nous avons vu un anévrisme faux consécutif de l'artère tibiale antérieure un peu au dessous de sa partie moyenne. La tumeur, dont le volume égalait celui d'un gros œuf de poule, était dure et avait perdu entièrement ses bat-

temens, ensorte qu'on aurait pu la prendre pour une tumeur d'une toute autre nature, si l'on n'eût appris du malade qu'elle s'était formée peu-à-peu, à la suite d'une blessure par instrument piquant, qui fut accompagnée d'une hémorragie pour la suppression de laquelle on employa la compression, et qu'elle avait présenté d'abord des battemens très-sensibles qui avaient ensuite disparu. Cet anévrisme fut opéré avec succès, selon la méthode ordinaire, par M. Deschamps. La tumeur contenait un caillot très-dur, dont la résistance, jointe à celle de l'aponévrose tibiale, en avait empêché les progrès ultérieurs, et lui avait fait perdre ses battemens.

Nous ne connaissons pas d'exemples d'anévrisme vrai, ni d'anévrisme spontané de l'artère tibiale antérieure; mais nous concevons que si l'un ou l'autre de ces anévrismes se présentait, on pourrait l'opérer avec une égale facilité par la méthode ancienne ou par celle de Hunter. La situation de la tumeur, son volume, et les circonstances dont elle serait accompagnée, décideraient du choix de la méthode la plus convenable.

La situation profonde de l'artère tibiale postérieure dans les deux tiers supérieurs de son trajet, la protège contre l'action des instrumens vulnérans, mais ne la met pas entièrement à l'abri de cette action. Dans son tiers inférieur, cette artère devenant d'autant plus superficielle qu'elle approche davantage de la malléole interne, peut être blessée plus facilement.

L'artère tibiale postérieure peut être ouverte par un instrument piquant, par un instrument tranchant, par un instrument contondant, tel qu'une balle de fusil, ou

par les fragmens d'une fracture de la jambe. Les suites de cette ouverture sont différentes suivant la nature de l'instrument qui l'a produite, et l'endroit de l'artère où elle a eu lieu. Lorsque la blessure a été faite par un instrument piquant très-étroit, et qu'elle occupe la partie supérieure de l'artère, il ne sort presque pas de sang au-dehors; mais ce liquide s'infiltre en très-grande quantité dans le tissu cellulaire, et il se forme un anévrisme faux primitif. Si la blessure a son siège à la partie inférieure de l'artère, le sang coule au dehors, et il y a une hémorragie plus ou moins forte, à laquelle on ne peut méconnaître la nature de l'accident; tandis que, dans le premier cas on pourrait se tromper faute d'une attention suffisante, et rapporter le gonflement du membre à toute autre cause que l'infiltration du sang dans le tissu cellulaire.

L'artère tibiale postérieure ne pouvant être ouverte par un instrument tranchant qu'autant que cet instrument a divisé dans une grande étendue et dans toute leur épaisseur les parties qui la couvrent, la plaie est accompagnée immédiatement d'une hémorragie qui ne laisse aucun doute sur la nature de l'accident.

Il n'en est pas de même lorsque l'artère tibiale postérieure a été ouverte par une balle de fusil, ou par tout autre corps mis en mouvement par l'explosion de la poudre à canon. Quelquefois alors la plaie ne fournit pas de sang, ou si elle en verse, c'est en si petite quantité qu'on ne soupçonne point qu'une artère considérable ait été ouverte. Ce n'est qu'au bout de plusieurs jours, lorsque la suppuration est établie, qu'il survient

tout-à-coup une hémorragie plus ou moins grande, qui ne laisse aucun doute sur l'ouverture d'une artère considérable; mais il n'est pas facile de dire si cette artère est la fin de la poplitée, la tibiale postérieure, la tibiale antérieure ou la péronière. Dans la fracture de la jambe; lorsque les fragmens dirigés en arrière dans leur déplacement, ont déchiré les chairs et ouvert l'artère tibiale postérieure sans faire de plaie aux tégumens, le sang se répand dans le membre, et il se forme un anévrisme faux primitif.

La ligature est le seul moyen sur l'efficacité duquel on puisse compter dans les plaies de l'artère tibiale postérieure. Dans ses deux tiers supérieurs, cette artère est située à une telle profondeur, que la compression la plus forte n'étendrait pas son action jusqu'à elle; dans son tiers inférieur et sur-tout immédiatement au-dessus de la malléole interne, la tibiale postérieure est située assez superficiellement, et le tibia, dont elle n'est séparée que par les tendons des muscles jambier postérieur et long fléchisseur commun des orteils, lui offre un point d'appui solide. On pourrait donc employer la compression lorsque cette artère est blessée dans cette partie de son trajet. Mais malgré les dispositions favorables à l'application de ce moyen, ses effets sont trop incertains pour qu'on puisse l'employer avec confiance; on a toujours à craindre le renouvellement de l'hémorragie, et si ce renouvellement a lieu, et que pour le prévenir de nouveau on exerce une forte compression, il peut en résulter une inflammation violente qui se termine par gangrène et fait périr le blessé. J'ai vu un cas de cette nature. Un

marmiton, âgé de 16 à 17 ans, fut blessé à la partie inférieure interne de la jambe, un peu au-dessus de la malléole interne, par la pointe d'un couteau de cuisine, qui ouvrit l'artère tibiale postérieure. Il y eut dans l'instant même une hémorragie considérable, qui fut arrêtée par la compression; l'hémorragie se renouvela le second jour, et l'effusion du sang fut suspendue par le même moyen. Après plusieurs hémorragies successives, la crainte de voir cet accident se renouveler encore, engagea le Chirurgien qui traitait le malade à exercer une compression si forte que la gangrène s'empara du pied. Dans cet état des choses, je fus appelé en consultation le dix-huitième jour de l'accident; c'eût été le cas de pratiquer l'amputation de la jambe, si l'état déplorable du malade eût laissé le moindre espoir de succès : il mourut le lendemain.

Lorsque l'artère tibiale postérieure est ouverte dans un point quelconque de son tiers inférieur, il est facile d'en faire la ligature. Si la plaie n'est pas assez grande pour permettre de saisir avec une pince à dissection l'un après l'autre les deux bouts de l'artère, lorsqu'elle est coupée en travers dans tout son diamètre, ou pour passer autour d'elle un fil ciré au moyen d'une aiguille courbe, on la met à découvert en incisant la peau selon son trajet, et on en fait la ligature au-dessus et au-dessous de son ouverture.

Si l'artère tibiale postérieure était ouverte au-dessus de son tiers inférieur, il ne serait pas impossible d'en faire la ligature; mais cette opération serait beaucoup plus difficile que dans le cas précédent. Voici comment

on la pratiquerait : On ferait aux tégumens de la partie interne moyenne de la jambe, le long du bord interne du tibia, une incision longue de trois à quatre pouces; on détacherait du tibia le bord interne du muscle soléaire dans toute l'étendue de la plaie extérieure; on soulèverait ce muscle, après l'avoir mis dans le relâchement en faisant étendre le pied sur la jambe, et on mettrait ainsi à découvert l'aponévrose qui s'étend du tibia au péroné, et qui couvre les muscles profonds de la jambe : l'artère étant située sous cette aponévrose, pour la mettre à nu, il conviendrait d'inciser cette même aponévrose. Cela fait, si on n'apercevait pas distinctement l'artère, ou si on n'en sentait pas les pulsations avec le doigt, on ferait suspendre la compression exercée par un aide sur l'artère crurale dans l'endroit où elle passe sur le pubis, et aussitôt on verrait le sang jaillir par l'ouverture du vaisseau; ce qui ferait connaître non-seulement sa situation, mais aussi le lieu où il est ouvert. Il s'agirait alors de lier l'artère au-dessus et au-dessous de la blessure; ce qui pourrait être fait en passant autour d'elle deux ligatures au moyen d'une petite aiguille ordinaire, ou mieux encore avec l'aiguille à manche de Deschamps. On éviterait, si cela était possible, de comprendre avec l'artère le nerf tibial postérieur, qui est placé à son côté externe. Au reste, il vaudrait mieux étreindre ce nerf dans la ligature que de s'exposer à le traverser avec l'aiguille.

Si l'artère tibiale postérieure, ou la péronière était ouverte dans sa partie supérieure par un instrument tranchant qui aurait divisé les muscles jumeaux et soléaire

dans toute leur épaisseur, il serait facile d'en faire la ligature, soit en saisissant l'un après l'autre les deux bouts du vaisseau avec une pince à dissection, soit en passant autour d'eux une ligature avec une aiguille courbe ordinaire ou avec l'aiguille à manche de Deschamps.

Mais si l'artère tibiale postérieure était blessée dans sa partie supérieure par un instrument piquant, il serait impossible d'en faire la ligature à raison de l'épaisseur énorme des muscles qui la couvrent, et de l'incertitude où l'on serait sur le siége de sa blessure. A la vérité, Deschamps dit avoir fait avec succès la ligature de cette artère dans un cas où elle avait été ouverte à la partie supérieure de la jambe par un instrument piquant qui avait pénétré du côté interne : mais le procédé qu'il a employé et qui a été décrit par M. le professeur Roux, dans ses Nouveaux Élémens de médecine opératoire, d'après les détails qui lui ont été donnés par Deschamps lui-même, est si compliqué, d'une exécution si difficile et d'un succès si incertain, qu'il ne sera probablement adopté par aucun praticien. Dans les cas dont il s'agit, la ligature de l'artère fémorale dans l'endroit où on la pratique pour l'anévrisme de l'artère poplitée est le seul moyen auquel on puisse recourir. Cette ligature est aussi l'unique moyen à employer lorsque l'artère tibiale postérieure ou la péronière a été ouverte par les fragmens d'une fracture des os de la jambe, et qu'il s'est formé un anévrisme faux primitif dont les progrès font craindre la gangrène du membre. Un cas de cette nature s'est présenté à l'Hôtel-Dieu, en l'année 1809. Il s'agissait d'une femme âgée de soixante ans, qui s'était fait une fracture

de la jambe. Les fragmens dirigés en arrière dans leur déplacement avaient déchiré les chairs de la partie postérieure interne de la jambe, sans faire de plaie aux tégumens. Le membre devint rapidement volumineux, tendu et de couleur brune : on y sentait distinctement des mouvemens de dilatation que l'on faisait cesser par la compression de l'artère fémorale ; de véritables pulsations qui s'étendaient à presque tout le membre; en un mot, il était évident que l'artère tibiale postérieure était ouverte ou déchirée vis-à-vis de la fracture. On craignit avec raison de mettre la fracture à découvert pour atteindre l'artère lesée et en faire la ligature, et on prit le parti de lier l'artère fémorale et de pratiquer ainsi l'opération selon la méthode de Hunter. Cette opération eut le succès le plus complet; les battemens cessèrent à l'instant; le membre conserva sa chaleur et sa sensibilité; la tuméfaction disparut peu-à-peu, et la malade fut guérie en même temps de la plaie de l'opération et de la fracture au bout du temps ordinaire. (1). Il est probable que la ligature de l'artère tibiale postérieure aurait la même réussite dans le cas de lésion de cette artère par un instrument piquant, et même par un instrument contondant, comme une balle de fusil. Mais si le sang continuait à s'échapper de l'artère blessée malgré cette ligature, il ne resterait d'autre ressource pour sauver la vie du malade que l'amputation du membre. Cette opération est surtout nécessaire et urgente lorsqu'il s'agit d'une plaie

---

(1) *Clinique Chirurgicale de* M. Pelletan. Tom. I[er].

d'arme à feu dans laquelle l'une des artères tibiales a été ouverte près de son origine. Voici un cas dans lequel cette opération a été pratiquée avec succès par M. Guthrie. Un soldat fut blessé, le 16 mai, à la partie interne du gras de la jambe droite par une balle qui traversa ce membre de derrière en devant, et de dedans en dehors en passant entre le tibia et le péroné. Une hémorragie abondante eut lieu à l'instant même, dura quelques minutes, s'arrêta et ne revint que le 15 juin. Ce jour-là, un peu de sang sortit après le pansement, et la quantité en augmentait lorsque le blessé faisait quelque mouvement : le chirurgien qui lui donnait des soins, voyant cette hémorragie, lia l'artère fémorale sur le côté externe du couturier : le sang fut arrêté pendant cette journée, et le membre opéré conserva presque la même chaleur que l'autre. Le 5 juillet, la plaie primitive avait un mauvais aspect. On en fit sortir aisément par la pression un peu de sang coagulé. Le 6, la plaie en rendit une plus grande quantité; le 7, le mouvement pour se servir du pot de chambre fut suivi de l'écoulement d'un filet de sang artériel, qui s'arrêta en serrant un peu le tourniquet. Le membre fut amputé au-dessus des ligatures de l'artère fémorale, et l'opération eût un heureux succès. La dissection du membre amputé montra que l'artère tibiale antérieure avait été détruite dans une certaine étendue, et que les muscles de la partie postérieure de la jambe étaient dans un état presque gangréneux (1).

---

(1) *New medical and physical Journal.* Vol. IV, p. 181.

On ne connaît aucun exemple bien avéré d'anévrisme vrai, ni d'anévrisme spontané de la partie supérieure de l'artère tibiale postérieure. M. Hodgson dit avoir vu trois fois des anévrismes situés au-dessous de la partie supérieure du gras de la jambe, être guéris par la ligature de l'artère fémorale, pratiquée à la manière de Hunter. Il pense que, d'après la situation des tumeurs, on ne pouvait guère douter qu'elles ne provinssent de l'origine de l'une des artères tibiales. Mais est-il bien certain que ces anévrismes appartinssent à l'une ou à l'autre tibiale ? N'est-il pas plus probable qu'ils existaient vers la partie inférieure de l'artère poplitée ? Au reste, lorsqu'un anévrisme occupe la partie supérieure et postérieure de la jambe, soit qu'il provienne de la tibiale postérieure ou de la poplitée, la ligature de l'artère fémorale est la seule opération que l'on doive pratiquer.

Nous ne connaissons qu'un seul exemple d'anévrisme vrai de la partie inférieure de l'artère tibiale postérieure. Il est rapporté par Ruysch (1). La tumeur, dont le volume était égal à celui d'une noix, était située près du talon, et ne présentait aucune pulsation, ce qui en fit méconnaître la nature. Un chirurgien en fit l'ouverture, et lorsque le caillot, dont elle était remplie, fut enlevé, il survint une hémorragie si considérable qu'on eut beaucoup de peine à l'arrêter. Ruysch n'indique pas le moyen qui fut employé pour suspendre cette hémorragie. Il est probable que c'est la compression. Dans un

(1) *Obs. anat. chir.* 38[a].

cas semblable on pourrait employer la compression ou la ligature; mais cette dernière serait préférable.

Anévrismes des artères Pédieuse et Plantaires.

Les anévrismes de ces artères ont-ils été observés? Nous n'en connaissons aucun exemple. Mais elles peuvent, comme les autres, être atteintes par des corps vulnérans, et donner lieu à des hémorragies extérieures, ou à des tumeurs sanguines du genre des anévrismes faux primitifs.

L'artère pédieuse est plus exposée à l'action des instrumens vulnérans que les artères plantaires; aussi connaît-on un assez grand nombre d'exemples de lésions de la première de ces artères, pendant qu'on n'en connaît que très-peu de celles des dernières.

L'artère pédieuse peut être simplement ouverte sur le côté par un instrument piquant, ou coupée en travers dans tout son diamètre par un instrument tranchant. Dans ce dernier cas, le sang qui s'échappe de l'artère coule entièrement au dehors, et il y a une hémorragie considérable. Dans le premier cas, une partie du sang qui sort de l'artère, peut s'infiltrer dans le tissu cellulaire et former une espèce d'anévrisme faux primitif: mais comme l'artère pédieuse n'est couverte que par la peau, cela n'a guères lieu que lorsque la plaie des tégumens est très-étroite, et qu'elle est éloignée de celle de l'artère.

Lorsque l'artère pédieuse est ouverte dans une plaie faite par un instrument pointu très-étroit, on peut arrêter l'hémorragie au moyen de la compression médiate: mais si cette compression n'est pas assez forte et conti-

nuée assez long-temps pour procurer l'oblitération de l'artère, il peut se former un anévrisme faux consécutif. Guattani (1) rapporte l'exemple d'un anévrisme de cette espèce survenu à la suite d'une saignée dans laquelle on avait ouvert une des veines qui rampent sur le dos du pied.

Quand l'artère pédieuse est blessée dans une plaie transversale faite par un instrument tranchant, la compression peut suffire pour arrêter l'hémorragie, mais on ne doit point la pratiquer en tamponnant la plaie. Exercée de cette manière, la compression expose le malade aux récidives de l'hémorragie, à l'engorgement inflammatoire de la partie, aux convulsions, etc.; et ces accidens peuvent le faire périr, comme nous l'avons vu deux fois. On évite ces inconvéniens en comprimant l'artère entre la plaie et le cou de-pied, et en réunissant la plaie immédiatement avec des bandelettes agglutinatives, comme je l'ai fait une fois. On les évite plus sûrement encore en pratiquant la ligature de l'artère. Si la plaie n'a pas assez d'étendue, et si ses bords ne sont pas assez écartés pour qu'on puisse saisir l'artère avec une pince à dissection, ou passer autour d'elle un fil ciré au moyen d'une aiguille courbe, on la mettra à découvert par une incision qui, commençant à la plaie, sera prolongée vers le cou de-pied, dans l'étendue d'un pouce et demi environ, et on en fera la ligature. Si la plaie était située de manière à ce qu'on ne pût découvrir l'artère pédieuse qu'en prolongeant l'incision jusque sur

(1) *Loc. citat.* Historia XXII.

l'articulation du pied, on ferait de préférence la ligature de l'artère tibiale antérieure à la partie inférieure de la jambe.

Les artères plantaires sont placées si profondément que les instrumens vulnérans les atteignent rarement, et que lorsqu'elles sont ouvertes, il est impossible d'en faire la ligature et d'arrêter l'hémorragie par la compression. Ainsi, lorsque l'une ou l'autre de ces artères est ouverte, au lieu de chercher à arrêter l'hémorragie en la liant ou en la comprimant, il faut découvrir l'artère tibiale postérieure un peu au-dessus de la malléole interne, et en faire la ligature. Si l'hémorragie continuait malgré cette ligature, à raison de l'anastomose de l'artère plantaire externe avec la pédieuse, on comprimerait celle-ci sur le dos du pied, un peu avant son passage entre le premier et le second os du métatarse.

OBSERVATIONS.

OBSERVATION PREMIÈRE.

Anévrisme vrai de l'artère Poplitée, guéri par la compression au-dessus de la tumeur.

Un épicier de l'île Saint-Louis, à Paris, portait au creux du jarret un anévrisme vrai, d'un volume médiocre, accompagné de battemens manifestes, et sans engor-

gement du membre. Il réunit en consultation chez lui, MM. Deschamps, Pelletan, Dubois et moi; nous lui conseillâmes l'usage de la compression sur l'artère, au-dessus de la tumeur. Nous lui fîmes observer que l'anévrisme n'étant ni ancien ni volumineux, il serait toujours temps d'en venir à l'opération, dont le succès serait d'ailleurs rendu bien plus probable par les effets de la compression, en supposant que cette dernière ne fût d'aucune utilité comme moyen curatif. Le malade ayant goûté nos conseils, devait être confié à une personne de l'art, pour mettre à exécution le plan de traitement que nous venions de lui donner; mais un serrurier de sa connaissance lui ayant fait l'éloge d'une machine que son père avait imaginée pour son usage dans un cas semblable, et qui lui avait parfaitement réussi, il voulut esayer l'effet de cet instrument, qui était une espèce de tourniquet assez ingénieusement fait. Onze mois de compression exercée par ce moyen sur l'artère fémorale, au-dessus de son passage à travers le troisième adducteur, secondés du repos le plus absolu et d'un régime convenable, suffirent pour obtenir la guérison radicale de l'anévrisme, qui disparut entièrement par la suite.

Observation II.

Anévrisme spontané de l'artère Poplitée, guéri par la compression de la crurale.

Le nommé Jean-Claude Michàux, manœuvre, âgé de quarante-quatre ans, vers la fin du mois d'octobre 1804,

étant occupé à charger une voiture, éprouva, pendant un mouvement d'extension forcée de la jambe, une sensation de tiraillement et une vive douleur au jarret. Il oublia bientôt cet accident, et continua de se livrer au travail; cependant, quelque temps après, la douleur n'ayant pas entièrement disparu, et Michaux éprouvant de la gêne, de la roideur et de la faiblesse dans le jarret, y porta la main, et s'aperçut d'une petite tumeur accompagnée de pulsations; les fatigues de son état augmentèrent beaucoup et en assez peu de temps le volume de cet anévrisme; le membre s'engorgea, les mouvemens devinrent difficiles, et le malade étant forcé de garder le lit, fut transporté à l'hôpital de la Charité, le premier février 1805, environ trois mois après son accident. Le sujet était fort et jouissait d'une très-bonne santé; la tumeur anévrismale, située dans le jarret droit, avait le volume d'un œuf, était circonscrite, molle, un peu oblongue dans le sens vertical, en partie réductible par la compression, et accompagnée de pulsations manifestes; la compression de l'artère crurale supprimait les battemens de la tumeur, qui perdait en même temps une partie de son volume; d'ailleurs, le genou paraissait en bon état, et le léger engorgement de la jambe se dissipa au bout de quelques jours de repos.

Tout paraissait favorable au succès de la compression, que nous mîmes en usage en nous servant de la machine compressive de Hunter, placée de manière que la pelotte adaptée à la vis de pression, portait sur le trajet de l'artère fémorale, immédiatement au-dessus de son passage à travers le muscle troisième adducteur de la cuisse.

Elle ne fut serrée d'abord qu'autant qu'il fallait pour la maintenir en position; mais tous les deux ou trois jours on augmentait la pression en faisant faire un ou deux tours à la vis. Dans le commencement, la compression étant médiocre, le malade fut assez docile; mais au bout de deux ou trois mois, l'artère étant comprimée beaucoup plus exactement, le pied, la jambe et même la cuisse s'engorgèrent, tout le membre devint très-volumineux, et la peau était d'un rouge marbré. Alors la tumeur avait cessé de battre; mais le malade se plaignait d'un engourdissement de tout le membre, et relâcha lui-même le tourniquet, que l'on ne serrait déjà plus, et qu'on se serait même vu forcé probablement de relâcher. Depuis ce moment, le malade eut recours souvent au même moyen pour se soulager, et la compression ne fut presque plus constante; il ne fut même plus possible d'obliger Michaux à garder le repos et de l'empêcher de marcher; aussi observait-on de grandes variations dans l'état de la tumeur, qui était tantôt plus, tantôt moins volumineuse, suivant que la compression avait été plus ou moins exacte. Cependant le malade s'accoutumait à la gêne de la compression et la supportait plus patiemment qu'il n'avait fait dans le commencement; en sorte qu'en septembre 1806, lorsque je quittai Paris pour accompagner l'Empereur dans la glorieuse campagne de Prusse, la tumeur avait acquis de la solidité, son volume était diminué, et les pulsations, qui reparaissaient encore dès qu'on cessait la compression, étaient moindres; à cette même époque, la compression ne causait plus d'engorgement dans le membre.

Cependant au mois d'octobre de la même année, les choses étant dans le même état, et la compression continuée pendant vingt mois n'ayant pas suffi pour oblitérer l'artère, M. Deschamps proposa l'opération au malade, qui s'y détermina, et demanda seulement à sortir de l'hôpital pendant quelques jours pour des affaires. La compression fut donc supprimée, et le malade sortit le 2 octobre 1806; il marcha beaucoup dans Paris, et ne rentra que le quinzième jour; cependant le volume et les battemens de la tumeur n'avaient pas augmenté. Cette considération détermina M. Deschamps à temporiser encore et à reprendre la compression. Le tourniquet fut donc replacé comme la première fois, et le dixième jour le malade annonça, qu'ayant relâché la vis, il ne sentait plus de battemens dans la tumeur. On examina les choses avec plus d'attention, et l'on s'assura en effet, que la compression étant supprimée, il n'existait plus aucun battement dans l'anévrisme. Néanmoins la compression fut continuée encore huit jours, après quoi on la supprima totalement, et l'on permit au malade de marcher, ce qui n'empêcha pas l'anévrisme de s'endurcir et de diminuer de jour en jour, les pulsations ayant disparu pour jamais. Enfin, le malade sortit de l'hôpital pour la seconde fois, parfaitement guéri, le 30 novembre 1806, quarante-quatre jours après sa rentrée, et après vingt-un mois de séjour. Je l'ai revu souvent depuis. La tumeur anévrismale a totalement disparu, et l'on ne sent plus dans le jarret qu'une sorte de corde ou de ligament tendu longitudinalement, dur, indolent, et placé à une égale distance des deux condyles du fémur.

Le membre n'a rien perdu de sa force ni de son volume, et tous les mouvemens sont parfaitement libres.

Observation III.

Anévrisme vrai de l'artère Poplitée, guéri par l'opération.

Jean Lazardeux, menuisier, âgé de 29 ans, éprouva, six mois avant d'entrer à l'hôpital de la Charité, une légère douleur au jarret gauche, et peu de temps après il s'aperçut dans le même lieu, d'une petite tumeur qui ne l'empêchait pas de continuer son état.

Trois mois s'écoulèrent sans augmentation de la maladie; mais au bout de ce temps, Lazardaux ayant fait une chute en transportant une charge de bois, et le genou gauche ayant supporté tout l'effort, la tumeur fit des progrès beaucoup plus rapides, et devint fort volumineuse. Le malade après avoir employé sans succès beaucoup de remèdes que des empiriques lui fournirent, entra à l'hôpital de la Charité, le 26 décembre 1796.

La tumeur avait alors deux pouces de haut en bas, trois pouces d'un côté à l'autre, et représentait un ovale irrégulier situé transversalement; elle était assez dure, et présentait cependant des battemens isochrônes à ceux du pouls. La jambe s'engorgeait le soir; le malade éprouvait des douleurs qui augmentaient de jour en jour, et qui rendaient les mouvemens du membre presque impossibles. On sentait distinctement les battemens de l'ar-

tère articulaire interne supérieure, ce qui annonçait tout à-la-fois la gêne de la circulation dans l'artère poplitée anévrismatique, et la dilatation de ses branches collatérales. La maladie faisant des progrès journaliers, et l'opération étant urgente, le malade y fut préparé par la diète et l'usage des délayans, et je la pratiquai le 4 janvier 1797.

Le malade fut situé sur le bord droit d'une table garnie d'un matelas, et couché sur le ventre; la compression étant exercée sur l'artère fémorale au moyen d'un tourniquet, je fis avec un bistouri ordinaire une incision d'environ sept pouces selon la direction de l'artère, un peu plus en dedans que le milieu de l'espace compris entre le muscle biceps fémoral et le demi-membraneux, afin d'éviter le nerf sciatique qui est situé un peu plus en dehors, et qui ne parut pas durant toute l'opération, étant demeuré caché dans l'épaisseur de la lèvre externe de l'incision. Ensuite je plongeai le bistouri dans le sac anévrismal que j'ouvris dans toute son étendue. Il s'en échappa avec force une certaine quantité de sang liquide, et je débarrassai sa cavité de tous les caillots qu'elle contenait. Je ne distinguai pas d'abord l'artère, à cause de la couleur noirâtre du foyer; mais après avoir épongé celui-ci avec soin, j'aperçus la paroi de l'artère opposée à celle qui s'était d'abord dilatée, et ensuite déchirée. J'introduisis une algalie de femme dans la partie supérieure de l'artère que je pinçai ensuite avec la sonde entre l'index et le pouce de la main gauche, tandis que je passai autour de l'artère une aiguille courbe enfilée d'une double ligature formée de plusieurs brins de fils cirés; la pointe de l'aiguille fut enfoncée à côté du doigt indica-

teur, et sortit à côté du pouce de la main gauche qui soulevait l'artère. Cela fait, je retirai la sonde; je plaçai l'extrémité du doigt indicateur de la main gauche sur l'artère dans l'intervalle des deux chefs de la ligature, que je saisis avec la main droite, et tirant ces chefs à moi pendant que je pressais l'artère avec le doigt indicateur, je fis suspendre la compression, et le sang ne sortant point, je fus certain que le vaisseau était embrassé par la ligature. Ensuite j'introduisis de nouveau la sonde dans la partie supérieure de l'artère, et je passai de la même manière une autre ligature double, à trois ou quatre lignes au-dessus de la première. L'une des deux ligatures inférieures fut serrée par deux nœuds simples, réservant les autres comme ligatures d'attente, et faisant suspendre la compression, je m'assurai de l'efficacité de la ligature que je venais de nouer. La sonde fut portée ensuite dans la partie inférieure de l'artère, et je plaçai de la même manière une ligature double au-dessous de la déchirure du vaisseau. Un des chefs de cette ligature fut serré, et l'autre fut conservé comme ligature d'attente, en sorte qu'il y avait six ligatures, dont deux serrées et quatre d'attente. Je fis à chacune des marques distinctives pour pouvoir les reconnaître au besoin. Je garnis l'intérieur du sac avec de la charpie mollette et fine, sur laquelle je plaçai quelques compresses, et le tout fut soutenu par une bande roulée médiocrement serrée.

La cuisse et la jambe furent placées sur un coussin de balle d'avoine, dans un état de demi-flexion, et entourées de sachets remplis de sable fin et chaud. Une potion

calmante fut administrée par cuillérées, d'heure en heure, et le malade fut mis à l'usage d'une boisson délayante.

Le reste du jour et la nuit furent calmes, qnoiqu'il y eût un peu de fièvre. La chaleur du membre opéré était un peu au-dessus de la température du reste du corps.

Le deuxième jour, le malade se plaignit dans la nuit d'une douleur de tête assez vive, et de douleurs à la jambe et au pied.

Le troisième jour, la bande et les compresses furent renouvelées; la douleur de tête fut moindre, ainsi que celle du membre opéré.

Le quatrième jour, il y eut de la fièvre; une phlyctène parut sur l'articulation du premier os du métatarse avec le gros orteil; elle fut ouverte et découvrit une escarre gangréneuse. L'appareil ne parut pas assez humecté pour exiger d'être changé. Dans la matinée, il survint une légère hémorragie qui s'arrêta d'elle-même, mais qui se renouvela une heure après; le malade perdit environ une demi-palette de sang. Je levai l'appareil, ce qui ne se fit pas sans douleur; mais la plaie étant découverte, le sang ne parut pas. Pour m'assurer de quel côté de l'artère il s'était écoulé, je présentai l'extrémité d'un stylet recourbé au bout supérieur et au bout inférieur du vaisseau lié; il pénétra dans le bout inférieur, ce qui prouva que la ligature de ce côté était celle qui s'était relâchée; je serrai la ligature d'attente, et je procédai au pansement. L'inquiétude et la douleur tourmentèrent le malade une partie de la journée.

Le cinquième jour, la cuisse et la jambe étaient en-

gorgées, et parsemées de taches livides, ce qui pouvait être attribué à la forte compression qu'on avait été obligé d'exercer la veille sur l'artère crurale pour arrêter l'hémorragie; et en effet, ces symptômes ne tardèrent pas à se dissiper.

Le sixième jour, il survint une nouvelle hémorragie causée par le relâchement de la ligature supérieure; une de celles d'attente fut serrée avec le presse-artère de M. Deschamps, garni convenablement d'agaric. L'escarre de l'articulation du gros orteil parut bornée aux tégumens; il en vint une seconde derrière la malléole externe.

Le septième et le huitième jours, le malade était bien; mais quelques propos indiscrets tenus en sa présence par un élève, lui causèrent beaucoup d'inquiétude.

Le neuvième jour, l'appareil fut complètement renouvelé; la suppuration commençait à s'établir.

Le onzième jour, les deux ligatures inférieures se détachèrent; le malade était sans fièvre, et la suppuration assez abondante. Le jour suivant, la ligature assujettie par le presse-artère se sépara.

Le quinzième jour, toutes les autres ligatures tombèrent. Les jours suivans, la suppuration continua à être fort abondante. La plaie fut pansée avec de la charpie sèche, et les escarres du pied avec un plumasseau chargé d'un digestif simple. Le malade se plaignit pendant quelque temps de douleur au talon.

Environ deux mois après l'opération, il survint à la partie inférieure interne de la cuisse, un engorgement douloureux sur lequel on appliqua longtemps des cataplasmes émolliens, puis un emplâtre de diachylon gommé

que l'on renouvelait tous les jours, sans qu'il parût aucun signe de suppuration ni de résolution. Cette tumeur dure et douloureuse obligeant le malade à tenir la jambe plus ou moins fléchie, il en résultait une saillie des muscles biceps fémoral et demi-membraneux, ce qui donnait lieu au séjour du pus dans l'intervalle profond qui les sépare; la quantité du pus qui y séjournait, était toujours relative au degré de flexion dans lequel la douleur forçait le malade de tenir le membre.

Le soixantième jour, l'escarre qui s'était formée sur l'articulation du gros orteil, et qui paraissait bornée aux tégumens, s'étant détachée, découvrit l'intérieur de l'articulation, et laissa voir les surfaces articulaires à nu; en pressant la phalange du gros orteil contre la tête du premier os du métatarse, on exprimait une humeur visqueuse qui me parut être de la synovie; le gros orteil qui était entraîné vers la plante du pied, fut soutenu par une petite attelle et une bandelette. L'ouverture de l'articulation fut fermée au bout d'un mois; mais l'ulcère ne fut cicatrisé que très-long-temps après.

Pendant six ou sept mois, la plaie résultant de l'opération diminua par l'affaissement de la peau, et la cicatrice fit de grands progrès; cependant la suppuration se maintenait et paraissait beaucoup plus abondante que ne le comportait l'étendue de la plaie.

Vers le milieu du mois de juillet, la tumeur de la partie interne et inférieure de la cuisse commença à se ramollir et devint plus douloureuse; le 30 du même mois la suppuration n'était plus équivoque; le pus s'était déjà fait une issue par la plaie, mais il s'échappait difficile-

ment; je fis une incision de deux pouces sur le centre de cet abcès, d'où il sortit beaucoup de matière purulente. Cette ouverture fut pansée simplement, et le dégorgement s'opéra en peu de temps.

Le 10 août, en pressant la partie inférieure de la cuisse aux environs de la plaie, il en sortit avec le pus un morceau d'agaric qui, employé à garnir le presse-artère lors de la seconde hémorragie, s'était égaré et avait échappé aux recherches faites pour découvrir la cause d'une suppuration aussi longue et aussi abondante. Dès ce moment les douleurs cessèrent, et la suppuration diminua; la plaie de la partie interne de la cuisse fut cicatrisée le 12 septembre; celle du jarret ne le fut que dans les premiers jours d'octobre. A cette époque, le malade marchait avec des béquilles; il étendait la jambe avec facilité, et ce membre ne tarda pas à recouvrer sa force naturelle.

Observation IV.

Anévrisme vrai de l'artère Crurale, guéri par l'opération.

Simon Gobert, cocher, âgé de 40 ans, d'un tempérament sanguin, jouissant habituellement d'une bonne santé, et n'ayant éprouvé dans le cours de sa vie d'autre maladie qu'une affection vénérienne qu'il avait contractée à l'âge de 33 ans, et qui disparut en vingt-cinq jours par l'usage du mercure, sentit, en promenant la main sur le côté interne de sa cuisse gauche, une tu-

meur de la grosseur d'un œuf de pigeon, et qui pendant quatre ans ne fit aucun progrès sensible.

Dans le mois de juin 1799, Gobert descendant du siège de sa voiture, éprouva une douleur vive dans toute l'étendue du membre inférieur droit; de retour chez lui, il s'aperçut que la tumeur avait pris un accroissement considérable. Dès-lors la douleur et la tumeur s'accrurent de jour en jour; bientôt le malade ne pouvant plus marcher, se détermina à garder le lit, et un mois après il se fit transporter à l'hôpital de la Charité, où il entra le 13 août.

La tumeur avait alors une étendue de cinq pouces, de haut en bas, et de quatre pouces transversalement; elle occupait la partie moyenne, antérieure et interne de la cuisse, sous la forme d'un ovale régulier. Elle était dure, et présentait des pulsations isochrônes à celles du pouls; la peau n'était pas altérée.

J'essayai d'abord les applications d'oxicrat à la température de la glace, fait avec un dixième de fort vinaigre, et le malade fut mis à l'usage de l'eau de Rabel. Ce traitement n'empêcha pas la tumeur de s'accroître, et les douleurs d'augmenter d'intensité. Au bout de quelques jours, il survint à la peau qui couvrait l'anévrisme et les parties environnantes, une éruption miliaire accompagnée d'une douleur très-vive, qui fit abandonner les applications d'oxicrat, pour leur substituer une dissolution d'opium. Cependant la tumeur ne cessant de faire des progrès, et l'opération étant devenue urgente, je la pratiquai le 29 août.

Le malade fut placé sur le bord droit d'une table

garnie d'un matelas, la cuisse et la jambe légèrement fléchies; la compression étant exercée par un aide sur l'artère crurale contre le pubis, je fis, selon le trajet de l'artère fémorale, une incision aussi étendue que la tumeur, et dans laquelle je divisai les tégumens et le muscle couturier devenu fort mince. Ayant plongé ensuite le bistouri dans le sac anévrismal, et ayant ouvert celui-ci dans toute son étendue, le sang liquide s'en échappa avec force, et j'enlevai les caillots en lavant le fond de la cavité avec une éponge, pendant qu'un aide tenait les lèvres de l'incision écartées au moyen de deux lames de fer blanc courbées en forme de crochet. On distingua pour lors l'ouverture de l'artère; la paroi opposée du vaisseau était dans son état naturel; il fut aisé de s'assurer que la tunique celluleuse formait seule le sac anévrismal, tandis que les tuniques propres s'étaient d'abord dilatées, et ensuite rompues. Une algalie de femme fut introduite dans l'artère et dirigée vers sa partie supérieure; mais ce vaisseau se trouvant encore caché par une portion du muscle couturier qui aurait empêché de placer la ligature d'une manière assez immédiate, je coupai ce muscle en travers dans la moitié de sa largeur; je passai ensuite autour de l'artère une double ligature, de la manière décrite dans les cas ci-dessus; j'en plaçai une seconde pareille à six lignes au-dessus; je retirai la sonde, et je serrai par deux nœuds simples la ligature la plus voisine de la déchirure; cela fait, je plaçai deux autres ligatures autour du bout inférieur de l'artère, et l'une d'elles fut serrée par deux nœuds simples. Chacune de ces ligatures fut enveloppée séparément

dans un petit linge pour les distinguer; la plaie fut garnie de charpie fine et mollette, soutenue par quelques compresses longuettes que je ne serrai presque point.

Le membre fut placé dans la demi-flexion, sur un coussin de balle d'avoine, entouré de sachets remplis de sable fin et chaud, et couvert de serviettes chaudes. On donna d'heure en heure au malade une cuillerée d'une potion calmante.

Le premier jour et la nuit, il y eut de la fièvre, et le malade souffrit beaucoup; il fut encore plus inquiété par quelques propos indiscrets qui lui avaient appris le danger de l'opération qu'il venait de subir. La chaleur se soutint dans la jambe, mais le pied était froid.

Le second jour fut plus calme.

Le troisième jour, la chaleur du pied était à-peu-près égale à celle du reste du corps.

Le cinquième jour, l'appareil fut renouvelé en partie, la totalité de la charpie n'étant pas détachée par la suppuration.

Le sixième jour au matin, l'appareil était pénétré d'un peu de sang; l'élève de garde comprima l'artère crurale au pli de l'aine, ce qui n'arrêta pas l'hémorragie. L'appareil étant levé, je m'aperçus que le sang venait de la veine saphène, dont je fis la ligature au moyen d'une aiguille.

Au neuvième jour, la suppuration était bien établie, et tout était en bon état.

Le dixième jour, l'appareil fut trouvé imbibé de sang vermeil; mais cet accident n'eut pas de suite.

Le onzième jour, l'appareil était encore teint de sang vermeil; je tamponnai légèrement le fond de la plaie, et l'hémorragie ne reparut plus.

Le vingt-unième jour, la ligature inférieure se sépara; la supérieure tenant encore, elle fut légèrement tordue pour accélérer sa chute; mais cette torsion causa des douleurs au genou et à la partie antérieure de la jambe.

Le vingt-quatrième jour, la torsion de la ligature supérieure causant les mêmes douleurs, et sa présence donnant lieu à une suppuration abondante dans son trajet, j'essayai de la couper en passant une sonde cannelée dans son anse pour servir de guide à une branche de ciseaux; mais cela fut impraticable, à cause de la profondeur à laquelle cette anse était située.

Le vingt-septième jour, cette ligature se détacha; dès-lors les progrès de la cicatrice furent rapides; mais le quarantième jour, il y eut de la fièvre et du dévoiement, la suppuration diminua; la plaie était blafarde. L'usage intérieur du quinquina rétablit bientôt les choses dans un meilleur état, et le quatre-vingt-quatrième jour la cicatrice était complète.

Le malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri, cent huit jours après son entrée; il ne lui restait alors qu'un peu de difficulté dans les mouvemens, suite inévitable de la longue inaction des muscles, et que l'exercice fit disparaître en peu de temps.

Observation V.

Anévrisme spontané de l'artère Poplitée, guéri par l'opération.

Jeanne Lavigne, âgée de 45 ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une constitution assez forte, exerçant la profession de cuisinière, éprouva des douleurs et une faiblesse considérable aux jambes, où peu de temps après il survint des ulcères qu'elle négligea pendant deux ans, et pour lesquels elle entra à l'Hôtel-Dieu de Paris. Elle en fut guérie au bout de trois mois; mais elle conserva une faiblesse remarquable dans la jambe gauche.

Cinq ans après, le 4 février 1805, en montant l'escalier d'une cave, elle engagea le pied gauche dans un trou pratiqué au-devant d'une marche, et dans l'effort qu'elle fit pour s'empêcher de tomber, elle éprouva un tiraillement considérable dans le jarret et une vive douleur dans le genou. Le surlendemain, il se joignit à la douleur des pulsations au jarret, mais sans tumeur apparente, et pendant douze jours la malade ne put faire aucun mouvement. Au bout de ce temps, ces symptômes s'étant calmés, elle put reprendre ses occupations. Mais le 15 avril, les douleurs et les battemens du jarret ayant augmenté, elle s'aperçut d'une tumeur qui fit bientôt des progrès considérables, quoique la malade se tînt au lit. Elle se fit transporter à l'hôpital de la Charité le 4 août.

Le 19 du même mois, j'appliquai sur la cuisse, un

peu au-dessus du lieu où l'artère fémorale traverse le muscle troisième adducteur, la machine compressive de Hunter, que je serrai d'une manière graduelle.

Le trentième jour de son application, quoique son action ne fût pas encore portée au point de faire cesser entièrement les battemens de la tumeur, la malade se plaignit de douleurs assez vives dans le lieu où la pelotte était appliquée.

Le cinquantième jour, il fallut supprimer cet instrument, à cause d'une escarre qui était survenue dans le lieu où s'exerçait la compression.

Au bout de trois semaines, l'ulcère qui résulta de la chute de cette escarre étant cicatrisée, la machine compressive fut replacée, mais un peu plus haut, et la compression fut encore plus ménagée. La malade supporta cet instrument pendant trois mois, au bout desquels un accident semblable au premier obligea à le supprimer de nouveau pendant un mois.

L'usage en fut repris une troisième fois; mais au bout de trois semaines il fallut le déplacer à cause d'une excoriation qu'il avait déterminée, et vingt jours plus tard une escarre força de l'abandonner totalement.

A cette époque, les battemens de la tumeur étaient beaucoup moins sensibles; mais ils reprirent une nouvelle force, et la tumeur acquit un volume beaucoup plus considérable pendant les six semaines qui s'écoulèrent, et durant lesquelles des raisons étrangères à la maladie empêchèrent de pratiquer l'opération. Les douleurs devinrent si aiguës, qu'elles ne purent être calmées par des topiques opiacés, et que le 17 avril 1806, la malade

menaça de se plonger un couteau dans la tumeur si on ne l'opérait pas : elle le fut le lendemain.

L'opération fut pratiquée selon la méthode ordinaire décrite dans les observations précédentes, et n'offrit d'autre circonstance remarquable que l'aplatissement extrême du nerf sciatique qui embrassait presque toute la surface de la tumeur, et qu'il fallut détourner durant l'opération, pour qu'il ne gênât pas. Il fut couvert ensuite d'un plumasseau chargé de cérat, afin d'éviter les douleurs qui auraient pu résulter de l'application de toute autre pièce d'appareil.

Le membre placé dans la demi-flexion sur un coussin de balle d'avoine, fut entouré de sachets de sable chaud, et couvert de serviettes chaudes.

Durant les premières heures qui suivirent l'opération, la malade éprouva des douleurs assez vives; mais la nuit fut calme, et le membre jouissait de sa température naturelle.

Le deuxième jour, le pouls fut un peu fréquent, le pied était engourdi, sa face plantaire presque insensible, et la température du membre était moins élevée que celle du reste du corps. La nuit fut bonne; la malade éprouvait des pulsations derrière la malléole interne, et des douleurs au genou et au mollet.

Le troisième jour, la fièvre survint, accompagnée de douleurs vives dans la plaie, et de picottemens dans le genou et le talon.

Le quatrième jour, il parut des signes évidens d'embarras gastrique. La malade fut mise à l'usage d'une décoction de tamarins dans du petit-lait. La chaleur du membre était rétablie.

Le cinquième jour, deux ou trois petites escarres superficielles s'annoncèrent à la plante du pied. L'appareil fut renouvelé en partie ; les symptômes d'embarras gastrique se soutenaient, mais n'étaient pas fort intenses ; la malade fut mise à l'usage d'une limonade végétale.

Le sixième jour, les symptômes généraux et la fièvre avaient disparu, et la suppuration était abondante.

Le onzième jour, la chaleur du membre surpassait un peu celle du reste du corps.

Dès-lors, le dégorgement de la plaie, l'affaissement de ses bords et la cicatrisation firent des progrès non-interrompus ; néanmoins la guérison fut retardée par la saillie du nerf sciatique qui resta dépouillé long-temps, et qui devint la base de la cicatrice, qui ne fut complète qu'au bout de quatre mois.

La malade sortit de l'hôpital, parfaitement guérie, à cela près d'un peu de gêne dans les mouvemens, et d'un léger engourdissement du pied, qui ne tardèrent pas à se dissiper (1).

---

(1) Durant l'automne de l'année 1808, cette femme se présenta plusieurs fois à la consultation gratuite de la Charité, se plaignant d'une toux sèche, et de plusieurs autres symptômes qui caractérisaient le commencement d'une phthisie tuberculeuse du poumon. Elle fut reçue à la Clinique interne dans le mois de décembre, et y mourut de consomption, par les progrès de cette maladie, en janvier 1809. A l'ouverture du cadavre, la poitrine présenta les phénomènes ordinaires à la phthisie tuberculeuse. Je fis injecter le sujet, pour connaître l'état du

OBSERVATION VI.

Anévrisme vrai de l'artère Poplitée, guéri par l'opération.

Joseph Sinot, natif de Cadix, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, entra à l'hôpital de la Cha-

---

membre opéré et celui de tout le systême artériel. Quoique l'injection fût poussée avec ménagement, il y eut une rupture à l'artère sous-clavière gauche, et la matière de l'injection s'épancha sous la tunique celluleuse de ce vaisseau. Sa tunique interne, aux environs de la rupture, présentait des taches jaunes, dont la plupart étaient formées par une matière solide, disposée en forme d'écailles entre cette tunique et la fibreuse. La crosse de l'aorte offrait la même disposition; mais les lames jaunes qu'on remarquait à sa face interne, étaient moins consistantes que celles de la sous-clavière, et se détachaient facilement de la tunique fibreuse, emportant avec elles la tunique interne, à laquelle elles tenaient davantage.

La cicatrice du jarret gauche était formée profondément par une substance celluleuse compacte, à laquelle le nerf sciatique adhérait fortement, mais dans une étendue moindre qu'on n'aurait dû l'attendre. L'artère fémorale jusqu'à son entrée dans le jarret, et ses branches jusqu'à l'articulaire interne supérieure exclusivement, avaient conservé leur diamètre naturel. La partie supérieure de l'artère poplitée subsistait encore dans une étendue de quinze lignes; mais son calibre diminuait insensiblement, et finissait par disparaître. Cette portion retrécie de

rité le 24 septembre 1800, pour une tumeur anévrismale située dans le bas du jarret droit, de la grosseur d'un

---

l'artère contenait un caillot mince, filiforme, très-consistant, entièrement décoloré, fort adhérent au point d'oblitération, libre et coloré en rouge-pâle à l'extrémité opposée.

Plus bas, l'artère, convertie en un cordon ligamenteux, traversait la cicatrice, collée immédiatement derrière l'articulation; mais ce cordon n'offrait aucune interruption, et présentait à son côté externe deux appendices de même nature, occupant le lieu ordinaire de l'origine des artères articulaires externes. Environ dix-huit lignes au-dessous de l'articulation, la cavité de l'artère poplitée reparaissait, mais d'abord très-étroite, s'élargissant insensiblement jusqu'à l'origine de l'artère articulaire inférieure interne, qui naissait presque de la bifurcation de la poplitée. Cette dernière ne recouvrait son diamètre naturel que dans ce point; mais la partie retrécie, située au-dessus, contenait une substance fibreuse en tout semblable à celle que l'on trouva dans le retrécissement placé au-dessus de l'oblitération, et que l'on reconnut pour un caillot ancien.

L'artère articulaire supérieure interne tirait son origine de l'artère fémorale, au point même de son passage à travers le troisième adducteur. Cette branche, qui avait plus de deux lignes de diamètre, se portait ensuite devant le tendon inférieur de ce même muscle, et descendait sur le côté interne de la rotule, en formant des flexuosités beaucoup plus grandes et plus nombreuses que dans l'état naturel. Son anastomose principale avec l'articulaire inférieure interne avait le même diamètre, et cette dernière artère présentait les mêmes flexuosités; ensorte qu'on aurait dit que l'articulaire supérieure in-

œuf de poule, molle, circonscrite, susceptible d'être réduite en partie par la compression.

Huit mois auparavant, ce jeune homme, dans un

---

terne allait s'ouvrir directement dans le bas de la poplitée.

La partie supérieure de l'artère poplitée droite offrait un renflement fusiforme d'environ vingt lignes de longueur, avec une bosselure à sa partie supérieure et postérieure. L'artère étant ouverte dans toute l'étendue de cette altération, et un peu au-dessus et au-dessous, on trouva ses parois épaissies dans tout le renflement, auquel correspondait intérieurement une excavation pareille. Aux deux extrémités de cette excavation, la tunique intérieure présentait une espèce d'éperon. En bas, la dilatation de l'artère s'étendait encore dans une longueur de plus de deux pouces. Dans le lieu du renflement fusiforme, la tunique interne présentait des taches jaunes, dont les unes étaient formées par des lames ou écailles d'une substance de consistance osseuse; les autres, par une substance sébacée : toutes ces taches étaient couvertes par la tunique intérieure, qui se déchirait aisément, et se séparait sans effort de la fibreuse. Par-tout cette dernière était facile à reconnaître. Dans le point de la face interne correspondant à la bosselure extérieure, la membrane interne manquait; la fibreuse était détruite dans une petite étendue, et le défaut de l'une et de l'autre était occupé par une certaine quantité de cette même matière sébacée qui formait quelques-unes des taches jaunes. Comme il n'y avait point de caillot de sang mêlé à cette matière, ni sous la tunique celluleuse de l'artère, il est douteux si l'effort de l'injection n'aura pas rompu la tunique interne, ou si ce n'est pas l'effet de la préparation.

voyage, fut renversé avec son cheval, sous lequel sa jambe droite se trouva prise. Il n'en résulta d'abord qu'une légère douleur à l'articulation du pied, qui ne l'empêcha pas de continuer son chemin. Deux heures après, le pied et la jambe étaient enflés, il éprouva vers la malléole interne des douleurs vives, qui persistèrent plus ou moins pendant trois mois; alors elles s'étendirent au genou et au jarret, où le malade aperçut une tumeur de la grosseur et de la forme d'une olive. Plus inquiet des douleurs qu'il ressentait que de la tumeur dont il ne connaissait pas le danger, il garda le repos qui soulagea effectivement ses souffrances; mais la tumeur faisait des progrès, et la station suffisait pour renouveler les douleurs.

Peu de jours après l'entrée de ce malade à l'hôpital, je tentai la compression de la tumeur au moyen de compresses graduées, placées dans le jarret, et d'un bandage roulé, modérément serré, qui s'étendait depuis les orteils jusqu'au pli de l'aine; mais cet appareil causa des douleurs si vives, que le malade ne pût le supporter, et que je fus contraint d'y renoncer. Impatient d'être délivré de sa maladie, Sinot sollicitait vivement l'opération; je la pratiquai selon le procédé ordinaire, tel qu'il est décrit ci-dessus. Cette opération présenta quelques circonstances remarquables.

La tumeur était située fort bas dans le creux du jarret, de manière qu'elle soulevait en partie les muscles du mollet, et qu'il fallut prolonger beaucoup l'incision extérieure de ce côté, pour pouvoir placer commodément les ligatures inférieures, qui cependant, à la faveur de

çette précaution, ne le furent guère plus difficilement que dans les cas ordinaires.

D'un autre côté, le nerf sciatique, ou plutôt sa branche externe, étant située plus en-dedans qu'à l'ordinaire, se trouva placée sur le trajet de l'incision, et la croisait à angle aigu, quoique je l'eusse faite un peu vers le côté interne du jarret; en sorte qu'il fallut disséquer ce nerf et le séparer de la tumeur, et que les ligatures se trouvèrent placées, les supérieures au côté externe, les inférieures au côté interne de ce nerf. La plaie fut pansée comme à l'ordinaire, et le membre situé dans la demi-flexion, et entouré de sachets remplis de sable chaud

La journée et la nuit suivante, furent assez inquiètes, et le malade éprouva de vives douleurs.

Le deuxième jour, il y eut de la fièvre; mais les douleurs étaient moindres.

Le quatrième jonr la jambe était engorgée, je coupai quelques tours de bande sans toucher au reste de l'appareil.

Le cinquième jour, je renouvelai la plus grande partie de l'appareil, et le lendemain la suppuration était complètement établie.

Le douzième jour, les deux ligatures inférieures tombèrent.

Le quinzième jour, le malade s'étant beaucoup agité dans la nuit, il survint une légère hémorragie, qui s'arrêta d'elle-même; à la levée de l'appareil, je vis s'échapper du fond de la plaie une très-petite quantité de sang vermeil, qui paraissait venir de l'orifice supérieure de l'artère. J'employai une légère compression sur ce point

pensant bien que l'ouverture par laquelle le sang s'échappait en si petite quantité, et à une époque déja éloignée de l'opération, ne pouvait être considérable, et que ce moyen suffirait, comme cela arriva en effet.

Le vingt-cinquième jour, toutes les ligatures s'étaient séparées; je recommandai au malade d'exécuter de temps en temps de légers mouvemens d'extension et de flexion, et de tenir la jambe habituellement étendue; cette dernière précaution, qu'il observa avec beaucoup de docilité, favorisa singulièrement les progrès de la cicatrisation; elle était complète le quatre-vingt-quatrième jour après l'opération. Le malade s'étant levé ce jour même, put marcher sans aucun secours; ce qui doit être attribué au soin qu'il avait eu d'exécuter de bonne heure des mouvemens de flexion et d'extension. Sinot sortit de l'hôpital, quatre jours après, parfaitement guéri.

Observation VII.

Anévrisme vrai de l'artère Radiale, guéri par l'opération.

Antoine-Nicolas-Bruler, serrurier, âgé de cinquante-six ans, d'une faible constitution, entra à l'hôpital de la Charité le 2 novembre 1808, pour une tumeur anévrismale située au-dessous du pli du coude droit.

Deux mois auparavant, il avait éprouvé des douleurs vagues dans tout le membre supérieur, et particulièrement autour de l'articulation du coude, accompagnées de fréquens accès de crampe. Dans un de ces accès, le

malade ayant fait un violent effort d'extension de l'avant-bras, éprouva une vive douleur un peu au-dessous du pli du coude, et peu de jours après, il y aperçut une tumeur qui avait déja le volume d'une noix. Pendant les deux mois qui suivirent, la tumeur ne fit pas de progrès sensibles, quoique le malade continuât l'exercice de sa profession; mais il éprouvait des douleurs dans toute l'extrémité supérieure.

Le sommet de la tumeur était assez saillant, et situé immédiatement au-dessous du pli du coude, sur la face antérieure de l'avant-bras, à une égale distance de son bord radial et du cubital; elle avait une base aplatie qui s'étendait obliquement en bas et en dehors sous le muscle long supinateur, et qui était bornée par les deux radiaux externes; mais le relief formé du côté opposé par le muscle rond pronateur, et la tension que l'élévation de la tumeur causait aux tégumens de ce côté, produisaient des apparences semblables, en sorte qu'il était assez difficile de décider si l'anévrisme, d'ailleurs bien caractérisé par ses signes propres, dépendait de l'artère brachiale, bifurquée un peu plus bas qu'à l'ordinaire, ou de celle de l'une de ses deux branches; dans le cas où la maladie aurait appartenu à l'artère cubitale, l'opération devait être accompagnée de grandes difficultés, à raison de sa situation.

Je la pratiquai le 8 novembre 1808. Je fis d'abord une incision oblique, parallèle à la direction de l'artère brachiale, passant par le centre de la partie la plus saillante de la tumeur; ensuite je plongeai le bistouri dans le sac et, après l'avoir ouvert, je le vidai du sang fluide

et des caillots qu'il contenait. Ayant fait suspendre la compression qu'un aide exerçait sur l'artère brachiale, au niveau du sommet du deltoïde, je vis le sang sortir de dessous le bord externe de l'incision; celui-ci ayant été déplacé facilement, je reconnus une ouverture à la partie supérieure de l'artère radiale, et placée un peu sur son côté interne; le vaisseau d'ailleurs avait conservé son diamètre naturel. J'introduisis un gros stylet, de bas en haut, dans cette ouverture, et je passai autour de l'artère une double ligature au moyen d'une aiguille courbe; je serrai l'inférieure de ces deux ligatures, mais le sang coula encore lorsque je fis suspendre la compression. Je serrai pour lors la seconde ligature, et je plaçai de suite les deux ligatures d'attente autour de l'artère brachiale que je découvris en prolongeant l'incision vers le haut: cette artère parut un peu plus grosse qu'à l'ordinaire. Ayant introduit de nouveau la sonde dans l'ouverture de l'artère radiale, et la dirigeant vers le bas, je plaçai deux autres ligatures dont je serrai la supérieure par deux nœuds simples, comme les précédentes; dès-lors le sang fut solidement arrêté. Je réunis avec des bandelettes agglutinatives la partie supérieure de l'incision qui excédait les ligatures d'attente, et je garnis le reste de charpie fine et mollette, soutenue par un bandage très-peu serré. Le bras fut situé dans la demi-flexion, et réchauffé par le procédé ordinaire.

Le malade souffrit pendant cinq ou six heures. Le deuxième jour, les veines de l'avant-bras étaient distendues, ce qui annonçait que la circulation n'était pas empêchée dans le système artériel.

Le troisième jour, une douleur de ventre, causée par la constipation, fut dissipée au moyen d'un lavement et d'un minoratif. La chaleur du membre n'avait pas diminué et se soutenait bien.

Le cinquième jour, l'appareil fut renouvelé; la réunion de la partie supérieure de la plaie était opérée.

Le sixième jour, la suppuration était complètement établie.

Le neuvième jour, les ligatures supérieures tombèrent; le trajet occupé par les ligatures d'attente supérieures était enflammé; j'appliquai sur ce point un cataplasme émollient.

Le dixième jour, les ligatures inférieures se détachèrent; le point enflammé supérieurement donna un peu de pus par la pression, l'inflammation s'étendait sous l'angle supérieur de la plaie; je retirai les deux ligatures d'attente.

Le vingt-deuxième jour, le foyer supérieur était dégorgé et moins enflammé, mais le pus y séjournait, et il était à craindre que la peau étant amincie, son recollement ne devnît difficile; je pratiquai une petite incision sur le centre de ce foyer. Dès-lors le séjour du pus cessa, et les deux plaies marchèrent rapidement vers la guérison, qui fut complète le 4 janvier. Les mouvemens de l'avant-bras sont très-libres, et le membre jouit de la même force que l'autre, quoique les battemens de l'artère radiale soient moindres.

OBSERVATION VIII.

Anévrisme faux consécutif de l'artère Brachiale, guéri par l'opération.

Georges-Étienne Lafosse, sellier, âgé de vingt-cinq ans, entra à l'hôpital Saint-Louis de Paris dans le mois d'avril 1808, pour y être traité de la gale. L'état de sa santé ayant nécessité une saignée, l'artère brachiale fut ouverte. Il survint une large ecchymose aux environs de la piqûre; mais la plaie se cicatrisa, et l'engorgement du bras, suite de l'infiltration du sang, se dissipa.

Huit jours après, il parut une tumeur anévrismale, sous la cicatrice, et le malade la montra au Chirurgien en chef, qui tenta l'oblitération de l'artère par l'appareil compressif de Theden; mais bientôt la compression causa des douleurs si vives, que le malade se débarrassa du bandage, et ne voulut plus écouter aucun conseil. Il sortit de l'hôpital, et jusqu'au 20 octobre 1808, que Lafosse entra à celui de la Charité, la tumeur s'accrut beaucoup par les mouvemens du bras auxquels il s'était livré sans réserve; elle avait alors le volume d'un œuf de poule, et gênait les mouvemens de l'avant-bras. Elle offrait d'ailleurs les caractères propres à cette espèce d'anévrisme, tels qu'ils ont été décrits precédemment.

La ligature de l'artère étant le seul moyen que l'on pût regarder comme curatif, elle fut pratiquée au-dessus et au-dessous de l'ouverture de l'artère, selon le procédé ordinaire. Une circonstance rendit l'opération plus longue qu'elle n'aurait dû l'être; les fils des ligatures n'ayant

pas été préparés le jour même, la cire avait perdu sa qualité adhésive; ensorte que le premier nœud simple se relâchait avant que le second fût fait, et qu'il fallut serrer trois ligatures supérieurement pour rapprocher exactement les parois du vaisseau.

Les douleurs furent vives d'abord, et l'avant-bras et la main étaient engourdis; cependant la nuit fut calme.

Le deuxième jour, la tension des veines de l'avant-bras annonçait une certaine liberté dans la circulation. Le membre, réchauffé comme à l'ordinaire par des sachets de sable chaud, avait conservé la température naturelle.

Le cinquième jour, on sentait un léger frémissement à l'artère radiale; l'appareil fut renouvelé.

Le septième jour, la suppuration était bien établie, une des ligatures inférieures se détacha.

Les onzième, douzième et quinzième jours, les autres ligatures se détachèrent, et le dégorgement de la plaie s'opérait.

Le trentième jour, la suppuration avait diminué; la plaie était blafarde, et il s'annonça des symptômes d'embarras gastrique, avec un léger mouvement fébrile. Le malade prit une solution de tartrite antimonié de potasse, qui produisit d'abondantes évacuations.

Le trente-deuxième jour, un laxatif produisit aussi des évacuations copieuses.

Le trente-quatrième jour, la fièvre avait disparu; la suppuration était rétablie; la cicatrice faisait des progrès rapides; elle fut complète le quarante-cinquième. Il restait un peu de gêne dans le mouvement d'extension de l'avant-bras, légèrement bridé par la cicatrice; cette gêne se dissipa bientôt.

Observation IX.

Anévrisme faux consécutif de l'artère Crurale, guéri par l'opération.

Pierre Guillon, garde-forestier, âgé de quarante-cinq ans, d'une forte constitution, reçut dans un combat singulier un coup de pointe de sabre à la partie antérieure moyenne de la cuisse, avec lésion de l'artère crurale. L'hémorragie, d'abord abondante, fut arrêtée par la compression, et la plaie fut guérie au bout d'un mois. Mais deux mois après, Guillon s'aperçut d'une tumeur qui s'était développée dans le lieu de la cicatrice, accompagnée de battemens, indolente, et qui, dix ans après, avait acquis une étendue de quatorze pouces dans le sens vertical, et de huit pouces dans le sens transversal. Lorsque le malade entra à l'hôpital de la Charité, le 18 avril 1792, la surface de cette tumeur était inégale et dure, excepté dans son centre qui était mou, plus élevé, et où les battemens étaient plus distincts que par-tout ailleurs. Malgré le volume énorme de cet anévrisme, le pied et la jambe étaient dans leur état naturel.

L'opération fut pratiquée le 10 mai, selon la méthode ordinaire décrite ci-dessus. Les caillots contenus dans le sac anévrismal avaient acquis une consistance proportionnée à leur ancienneté, et une telle adhérence avec l'intérieur du kyste, qu'ils ne furent enlevés qu'avec peine; du reste, ils ne présentaient pas la série de couches de consistance diverse décrite par beaucoup d'au-

teurs, quoique cette circonstance eût dû être très-sensible dans ce cas, à raison de l'ancienneté de la maladie. L'artère était un peu déviée et cachée sous la lèvre interne de l'incision. Je pris le parti d'inciser cette lèvre transversalement, et avec elle le muscle couturier fort aminci par le développement de la tumeur; mais le sang qui baignait cette profonde cavité, et qu'il ne fut pas possible d'absterger complètement, m'empêcha de distinguer l'ouverture de l'artère. Observant attentivement le lieu d'où il sortait, il me servit de guide pour introduire une algalie de femme vers la partie supérieure de l'artère; je jugeai que cet instrument était parvenu dans l'artère, par la facilité avec laquelle il y pénétra; et sûr de ne m'être pas égaré, je plaçai les deux premières ligatures supérieures; mais le premier nœud simple dont je serrai celle qui était la plus voisine de la lésion de l'artère, s'étant relâché avant d'avoir été assujetti par le second, cette ligature n'agissait pas efficacement sur l'artère, ce qui m'obligea à serrer ensuite la seconde, d'abord par un nœud double, puis par un simple. Je plaçai ensuite les deux ligatures d'attente supérieures, et deux autres au-dessous de l'ouverture du vaisseau, ensorte que le sang fut solidement arrêté. Mais, comptant peu sur la première ligature supérieure, connaissant d'ailleurs l'infidélité du nœud double, je plaçai encore une ligature entre les deux supérieures.

Il ne se passa rien de remarquable durant les premiers jours.

Le treizième jour, la ligature inférieure tomba.

Le dix-huitième jour, je retirai les ligatures d'attente

devenues inutiles, et qui entretenaient une suppuration abondante.

Le vingt-unième jour, toutes les autres ligatures étaient tombées, et l'étendue de la plaie était fort réduite. Les progrès de la cicatrice furent extrêmement rapides dans la suite; ensorte que cette énorme plaie fut entièrement cicatrisée deux mois après l'opération. Le malade sortit de l'hôpital, parfaitement guéri, le 13 juillet.

Observation X.

Anévrisme vrai de l'artère Poplitée, opéré sans succès.

Sylvain Paternot, âgé de 49 ans, d'un tempérament bilieux-sanguin, d'une bonne constitution, d'une taille médiocre, ayant le système musculaire fort développé, exerçant la profession de charretier sur les ports de la Seine, éprouva, sans cause connue, une douleur au jarret et à la jambe droite, qui gênait un peu les mouvemens de ces parties. Peu de temps après, il survint un léger engorgement à la jambe, et plus tard le malade s'aperçut d'une tumeur au jarret, dans laquelle il distinguait des battemens. Pendant un an la tumeur augmenta peu, et la douleur ne fut pas assez considérable pour empêcher le malade de se livrer aux exercices de sa profession, quoiqu'elle fût fort pénible. Mais au mois de février 1809, la tumeur et la douleur ayant augmenté rapidement, Paternot fut obligé d'interrompre son travail, et fit usage de fomentations émollientes, qui ne produisi-

rent que peu de soulagement. Il se présenta à l'hôpital de la Charité le 11 mars suivant.

Je l'examinai le 12 au matin, et je fis les observations suivantes. L'anévrisme de l'artère poplitée, caractérisé par ses signes propres, occupait la partie moyenne du jarret et y paraissait borné; la jambe était dans la demi-flexion, et le malade ne pouvait l'étendre complètement sans éprouver une douleur au jarret. La compression de l'artère fémorale supprimait les battemens de la tumeur, mais ne diminuait que peu son volume: la jambe et le pied étaient légèrement empâtés, mais ni froids ni engourdis; point de douleurs dans le genou : le malade jouissait d'ailleurs d'une fort bonne santé.

Quoique tout fût défavorable au succès de la compression exercée sur l'artère au-dessus de l'anévrisme, j'appliquai le tourniquet de Hunter au tiers inférieur de la cuisse, moins dans l'espoir de guérir l'anévrisme par ce moyen, que pour préparer le succès d'une opération qui me paraissait inévitable. Pendant trois mois que cet instrument fut employé, il fallut le changer souvent de place et même le supprimer de temps en temps; mais, en dernier lieu, il avait rendu très-sensibles les battemens de l'articulaire interne supérieure. Le tourniquet fut supprimé le 15 mai, et le malade fut laissé libre jusqu'au 13 juin; il pouvait marcher à l'aide d'un bâton, mais la tumeur augmentait. Elle s'était manifestement étendue vers le bas du jarret; cependant elle semblait bornée à la partie déclive de cette région, et une tuméfaction sensible que présentait le mollet, paraissait être de même nature que l'engorgement pâteux du reste du

membre. L'opération était le seul parti à prendre, le malade la désirait, et elle fut pratiquée de la manière suivante :

Le malade étant couché sur le ventre, après avoir appliqué le tourniquet de Petit à la partie moyenne de la cuisse, je chargeai un aide de comprimer l'artère crurale devant la branche horizontale du pubis, au moyen d'une bande roulée et fort dure. Je fis sur la tumeur une incision d'environ sept à huit pouces d'étendue, parallèle à l'axe de la cuisse et de la jambe, mais située un peu plus en dedans que le centre du jarret. Le tissu cellulaire était à peine incisé, que le nerf poplité fut distingué supérieurement dans l'épaisseur de la lèvre externe de la plaie; mais sa branche interne croisait obliquement le centre de la tumeur en la partageant en deux moitiés, l'une supérieure, l'autre inférieure; et ses divisions aplaties et élargies en forme de bandelettes, embrassaient presqu'entièrement toute la partie inférieure de l'anévrisme.

Persuadé que la maladie avait commencé par le centre du jarret, j'ouvris la partie supérieure du sac, au-dessus de la branche interne du nerf, espérant trouver dans ce lieu l'ouverture du vaisseau. En effet, une algalie de femme portée dans l'ouverture du sac, et dirigée de bas en haut, pénétra facilement, et la compression étant supprimée, le sang qui s'échappa par la sonde, prouva que celle-ci était réellement dans l'artère. Cependant la disposition des parties ne m'avait permis de faire au sac qu'une ouverture très-peu étendue, et par laquelle il n'avait été possible ni de le vider des caillots qu'il contenait,

ni de voir l'ouverture de l'artère par laquelle la sonde avait été portée. Ayant confié cet instrument à un aide, et pinçant la sonde et l'artère au-dessus de l'ouverture de cette dernière, je plaçai les deux ligatures supérieures de la manière ordinaire. La sonde étant retirée, la compression supprimée, j'éprouvai les ligatures en tirant sur leurs chefs, et comprimant en même temps avec l'index les parties contenues dans leur anse; le sang n'ayant point paru, je replaçai la sonde, pour passer de même deux autres ligatures six lignes plus haut; après quoi j'assujettis par deux nœuds simples l'une des deux premières.

La sonde étant dirigée ensuite vers le bas, toujours par l'ouverture étroite du sac, il ne me fut pas possible de la replacer dans le tube artériel: quoique je lui fisse suivre le même chemin que la première fois, elle se retrouvait toujours libre dans le sac anévrismal. Je portai le doigt dans cette cavité, je reconnus alors qu'elle s'étendait en bas, sous les muscles jumeaux et soléaire, bien plus loin que je ne l'avais soupçonné. Je ne pus reconnaitre le vaisseau nulle part; mais je distinguai avec le doigt, dans la partie inférieure du sac, une embouchure que je jugeai pouvoir être celle de l'extrémité inférieure de l'artère, dans la supposition que ce vaisseau fût complètement détruit dans la plus grande partie de son trajet. J'y portai donc une sonde cannelée, et la facilité avec laquelle elle pénétra, la certitude qu'elle se trouvait dans une cavité tubulée, me confirmèrent dans mon opinion. Mais l'instrument se trouvait plongé dans l'épaisseur du mollet. Je prolongeai l'incision inférieu-

rement, à travers les tégumens et les muscles jumeaux; ayant mis à découvert par là une plus grande étendue des branches du nerf, je pénétrai dans la partie inférieure de l'anévrisme par l'intervalle de deux de ces branches; ensuite la sonde étant replacée dans le bout inférieur de l'artère par l'ouverture supérieure du sac, en portant l'index de la main gauche dans l'ouverture inférieure et le pouce sur le côté interne du nerf, je pinçai la sonde et l'artère en avant de ce dernier; portant alors une aiguille courbe le long de l'index, et la faisant ressortir à côté du pouce, je plaçai une double ligature qui aurait embrassé l'artère et la plupart des branches du nerf, si, portant de nouveau l'aiguille de dedans en dehors, entre le nerf et l'artère, et la faisant sortir par la même ouverture inférieure du sac par laquelle l'aiguille avait d'abord été introduite, je n'eusse dégagé le nerf. En effet, l'un des chefs de la ligature fut noué sans que le malade donnât de grandes marques de douleur. Enfin, l'opération étant terminée, la plaie fut garnie de charpie mollette, assujettie par des compresses et une bande très-peu serrée.

Le malade avait supporté courageusement cette opération, qui avait été longue et très-douloureuse. Reporté dans son lit, il était pâle; le pouls concentré, lent, irrégulier, annoncait à quel point l'irritation avait été portée. Une potion calmante ranima la couleur du visage, donna un peu plus de souplesse et de développement au pouls; mais le malade fut encore fort inquiet toute la journée et la nuit suivantes, et eut quelques vomissemens. Il se plaignit de douleurs au jarret, autour du genou et au bas de

la jambe. Le membre avait perdu une partie de sa chaleur naturelle, mais il la recouvra bientôt par l'application de sachets de sable chaud autour de la partie.

Le lendemain 14, le membre avait une température supérieure à celle du membre opposé; il était sensible, et le malade pouvait remuer les orteils à volonté. Le spasme était en grande partie dissipé; le pouls était dur, ample et fréquent. Le malade avait eu deux heures de sommeil dans la nuit. Il se plaignait toujours de douleur dans le bas de la jambe et autour du genou.

Le troisième jour, 15 juin, douleurs plus fortes dans la plaie et dans toute la longueur du membre; tension médiocre de la jambe et de la cuisse; pouls serré et fréquent, présentant quelqu'irrégularité par intervalles; de temps en temps agitations convulsives des membres; langue blanche et muqueuse; soif médiocre; rétention d'urine. Une sonde introduite dans la vessie, donna issue à environ deux livres d'urine. La nuit, agitation extrême.

Le quatrième jour, 16 juin, soubresauts et mouvemens convulsifs des membres plus fréquens que la veille, délire tranquille et passager; pouls comme la veille et plus irrégulier; douleurs violentes du jarret; le malade demande avec instance qu'on change son appareil; on renouvelle les compresses et la charpie qui n'est point attachée: le membre a toujours une température supérieure à celle du reste du corps. Dans la journée, frisson violent qui n'est point suivi de chaleur; angoisses, vomissemens, altération profonde de la face, réfroidissement des extrémités; mort le cinquième jour, à deux heures du matin.

A l'ouverture de cadavre, on trouva l'artère poplitée percée d'une ouverture ovale de quatre lignes d'étendue, placée sur la paroi postérieure, et dont le contour était inégal. Cette ouverture était située au-dessus de l'articulation, et à deux pouces au-dessous du passage de l'artèré à travers le troisième adducteur. Les quatre ligatures supérieures embrassaient l'artère exactement, les deux premières à cinq lignes au-dessus de l'ouverture, et les deux secondes quatre lignes plus haut.

Au-dessous de l'ouverture, on distinguait encore le tube artériel dans une étendue de quatre à cinq lignes; mais les parois du vaisseau perdaient peu-à-peu leur consistance et leur organisation propre, pour disparaître ensuite complètement derrière le muscle poplité. Dans tout ce trajet, on ne distinguait qu'une vaste cavité formée par la partie postérieure de l'articulation, d'une part; de l'autre, en haut, par les branches du nerf sciatique poplité interne et le tissu cellulaire qui les unissait, et en bas, par les muscles jumeaux et soléaire. Partout le tissu cellulaire qui faisait l'enceinte de cette cavité, avait la consistance d'un kyste; mais en dehors, entre le jumeau externe et le soléaire, il y avait un prolongement de cavité qui se portait derrière le condyle externe du fémur, et où le tissu cellulaire environnant avait bien moins de consistance, et paraissait infiltré de sang noirâtre. Les seules couches fibreuses que la tumeur contint, étaient logées dans ce prolongement externe, et n'y étaient pas adhérentes.

En bas, derrière le muscle poplité, on reconnaissait au-dehors de la cavité anévrismale, une portion de l'ar-

tère poplitée, longue de sept à huit lignes, qui s'ouvrait dans la partie inférieure du sac, et disposée en entonnoir dans le point correspondant à cette embouchure, Les deux ligatures inférieures embrassaient cette artère au-dessus de sa division, de la manière la plus exacte et la plus isolée, quoiqu'elle fût enveloppée par les branches du nerf.

L'artère fémorale du même membre, dans le lieu même de la naissance de la profonde et au-dessus, offrait une dilatation manifeste et uniforme de toutes ses parois, d'ailleurs épaissies, mais surtout dures et chargées d'écailles terreuses.

L'aorte était chargée pareillement de concrétions à moitié solides.

Le nerf sciatique était extrêmement enflammé dans la partie correspondante à la plaie; l'inflammation se propageait dans le reste de son étendue, jusques près du bassin, mais en s'affaiblissant peu-à-peu.

Observation XI.

Plaie de l'artère Poplitée guérie par la ligature de l'artère Fémorale.

Un enfant de douze ans, grand et fort pour son âge, mais très-étourdi, employé chez un marchand quincaillier de la rue Saint-Denis, portait en ville un grand couteau de cuisine. En chemin, il se mit à *faire des armes* avec cet instrument, dont il se servait comme d'un sabre, et qu'il agitait en divers sens autour de lui. Dans un de ces

mouvemens, il s'enfonça la pointe du couteau à la partie moyenne latérale externe du jarret, du côté droit, derrière le tendon du muscle biceps crural.

Cette blessure fut aussitôt suivie de l'écoulement d'une quantité médiocre de sang vermeil, qui n'empêcha point le jeune malade d'aller à pied se faire panser chez un Chirurgien qui lui assura que cette plaie n'avait rien de grave, et qu'il pouvait continuer sa marche.

Pendant huit jours, en effet, il ne survint aucun accident; mais tout-à-coup, sans que l'enfant eût fait aucun mouvement extraordinaire, la plaie, presque fermée, se rouvrit, et il en jaillit avec force une quantité considérable de sang, qui effraya les parens du blessé. Ils appelèrent un Chirurgien, et le sang fut arrêté au moyen de compresses trempées dans l'eau de Goulard, et retenues par une bande médiocrement serrée.

Depuis cet instant, le malade qui jusque-là se levait tous les jours, resta constamment au lit. On le pansait tous les matins, et chaque fois il coulait un peu de sang. Le 11 octobre, quinzième jour après celui de la blessure, il survint une nouvelle hémorragie, plus abondante qu'aucune des précédentes. Un autre Chirurgien, appelé sur le champ, appliqua plusieurs compresses sur la plaie, et exerça une compression circulaire très-forte, autour du genou et de la partie supérieure de la jambe. Le lendemain matin, à sept heures, il fit transporter le malade à l'hôpital de la Charité. Alors la jambe était le siège d'une infiltration considérable, qui s'étendait jusqu'au lieu de la compression, qu'on pouvait, sans aucun doute, en regarder comme la cause, puisqu'il n'y avait point de

gonflement avant l'application des moyens compressifs. Le malade n'était point très-effrayé, et ses forces étaient en bon état.

Je levai l'appareil en même temps qu'un aide comprimait l'artère fémorale sur la branche horizontale du pubis. La plaie avait cinq à six lignes de longueur : il n'était pas possible d'en apprécier la profondeur. Sa position, et la nature des accidens, ne me permirent pas de douter que l'artère poplitée, ou l'une de ses principales divisions, n'eût été intéressée. En conséquence, je me décidai sur le champ à faire la ligature de l'artère fémorale.

Je mis cette artère à découvert, dans l'endroit où le tiers supérieur de la cuisse s'unit à son tiers moyen, et après l'avoir entièrement isolée des parties environnantes, je passai derrière elle quatre ligatures, au moyen d'une grande aiguille courbe. Je liai deux de ces ligatures sur un morceau de sparadrap de diachylon gommé, roulé en cylindre, un peu moins gros que le petit doigt; les deux autres ligatures furent laissées libres. La veine fémorale ayant été ouverte par l'aiguille qui conduisait les ligatures, la plaie fut, à plusieurs reprises, remplie de sang noir, qui finit par s'arrêter, et je procédai au pansement. La partie inférieure de la plaie fut réunie au moyen de bandelettes agglutinatives, et je plaçai un linge fin dans la partie qu'occupait le cylindre de diachylon gommé. Le malade fut mis à la diète, et je lui prescrivis une potion calmante et une tisane adoucissante.

La journée de l'opération fut très-calme; l'enfant dormit bien, et eut à peine de la fièvre. Le lendemain la

fièvre fut plus marquée, sans être forte : les parens du malade l'avaient excité à parler dans la journée. Le troisième jour et les suivans, le malade était très-bien; le membre conservait sa chaleur et sa sensibilité naturelles; la plaie commençait à devenir douloureuse. Je la pansai le cinquième jour. Le linge fin qui en couvrait la partie supérieure, se détacha sans difficulté; la suppuration était bien établie, et il n'y avait pas le moindre suintement sanguinolent; la partie inférieure de la plaie paraissait réunie; la jambe n'était presque plus infiltrée; le haut de la cuisse était légèrement tuméfié. Le malade n'avait pris encore que du bouillon; comme il n'avait point de fièvre, je lui accordai deux potages au vermicelle.

Le lendemain, la suppuration était fort abondante et épaissse, ce qui m'engagea à panser avec du digestif. Les jours suivans, le cylindre de diachylon était soulevé à son extrémité supérieure. Le 24 octobre, douzième jour de l'opération, il tomba, et avec lui toutes les ligatures. Le membre était dans une intégrité presque complète, un tant soit peu empâté; mais souple et sensible. On ne distinguait point les battemens des artères articulaires, ni ceux de la pédieuse. Il y avait plusieurs jours que la plaie du jarret était guérie : elle n'avait pas fourni une goutte de sang depuis l'opération.

Le 18.e jour, la plaie de la cuisse que j'avais réunie avec des bandelettes agglutinatives, après la chute des ligatures, était presque fermée. Le malade sortit de l'hôpital entièrement guéri, quelque temps après.

Observation XII.

Double Anévrisme.

Au mois d'octobre 1815, Claude-Antoine Choult, âgé de 33 ans, sentit, en portant sa main sous le jarret gauche, une petite tumeur, que les personnes auxquelles il crut devoir la montrer, reconnurent pour un anévrisme. Quelques semaines après, au moment où l'on se disposait à faire l'opération nécessaire pour guérir cette maladie, on découvrit dans le pli de l'aine, du même côté, à un pouce du ligament de Fallope, une seconde tumeur de la même nature que la première, et qui fit abandonner le projet de l'opération. Pendant trois mois, on fit des applications de glace sur l'une et sur l'autre. La tumeur de l'aine ne prit que peu d'accroissement; mais celle du jarret fit de très-grands progrès. Le membre s'infiltra; les mouvemens du genou devinrent douloureux et difficiles. Au mois de février 1816, la jambe commença à perdre de sa chaleur et de sa sensibilité; des phlyctènes s'élevèrent sur plusieurs points de la jambe; des escarres gangréneuses se formèrent, s'étendirent rapidement, et avaient envahi les deux tiers inférieurs de la jambe, lorsque le malade entra à l'hôpital de la Charité. Un sillon inflammatoire indiquait déja le point où cessait le sphacèle. L'anévrisme poplité était vague, fort étendu, et ne battait plus. L'anévrisme supérieur avait la grosseur d'un œuf, il perdait la moitié de son volume quand on

le comprimait, ou qu'on arrêtait la circulation entre lui et l'arcade crurale.

L'amputation de la cuisse devenait urgente. On la fit le 29 févrior 1816, sans rien faire contre l'anévrisme inguinal, dont on se proposait d'entreprendre plus tard la guérison. En effet, neuf jours après l'amputation, on appliqua sur l'anévrisme, dont le volume ni les battemens n'avaient pas augmenté, de la glace renfermée dans une boîte de ferblanc configurée de manière à s'adapter à la forme de la partie. La glace no produisant aucun effet marqué, on crut devoir ajouter á son emploi, celui d'un bandage mécanique, qui, disposé à-peu-près en forme de tourniquet, comprimait l'artère entre l'arcade crurale et la tumeur. Cette compression, quoique exercée habituellement d'une manière imparfaite, produisit en quatre jours un grand affaissement de l'anévrisme, et une diminution sensible dans ses battemens; mais en même temps il survint dans le moignon, de l'engorgement, de la douleur, un abcès enfin, qui entrava fort peu la guérison de la plaie, laquelle fut cicatrisée au bout de 50 jours.

On continuait toujours d'employer la glace pilée et le tourniquet. Mais, comme on l'a déjà dit, celui-ci était souvent dérangé; et alors même qu'il comprimait le mieux, il ne suspendait pas complètement les pulsations de la tumeur. L'espace étroit sur lequel il agissait, la douleur insupportable qu'il causait quand la compression était un peu forte, les mouvemens du malade, en étaient sans doute la cause. Cependant la tumeur perdait de son volume et de ses battemens. Comme l'infiltration du

moignon persistait, on tenta de la faire disparaître, et en même temps de hâter la guérison de l'anévrisme; le 8 mai, on appliqua des compresses graduées et un bandage roulé, qui comprimaient à la fois le moignon et la tumeur; les pulsations cessèrent. Mais peu de jours après, le malade ennuyé du séjour de l'hôpital, voulut se faire transporter chez lui en annonçant la résolution de continuer la compression, au moyen de son bandage mécanique.

Il sortit donc de l'hôpital. La tumeur était beaucoup moins volumineuse, plus dure, moins pulsative que lorsqu'il y était entré; il avait d'ailleurs recouvré l'embonpoint que lui avait fait perdre sa maladie.

Depuis son retour chez lui, cet homme a continué l'application de son bandage mécanique; mais il ne l'a jamais serré à un degré suffisant pour faire cesser les battemens de la tumeur. Aujourd'hui, 22 mars 1818, la tumeur a environ trois pouces d'étendue transversalement, et deux de haut en bas. Les doigts appliqués dessus, le bandage étant en place, sont encore soulevés, mais d'une manière peu sensible. Ils ne le sont guère davantage quand le bandage est enlevé. Si on les pose au fond de la dépression produite par la pelote, sur le trajet de l'arcade crurale, on trouve des battemens moins forts et moins larges que doivent l'être ceux de cette artère dans son état naturel.

Le malade dit que la tumeur diminue de plus en plus. Il croit qu'elle n'a plus de battemens.

Observation XIII.

Plaie de la partie inférieure de l'artère Fémorale, guérie par la ligature de cette artère, au bas de l'espace inguinal.

Le 27 février 1825, le nommé Nyel, cordonnier, âgé de 45 ans, d'un tempérament bilieux-lymphatique, coupant, avec un tranchet étroit, un morceau de cuir très-dur qu'il fixait entre ses genoux, s'enfonça profondément cet instrument dans la partie interne de la cuisse gauche, à-peu-près à l'endroit où son quart inférieur se réunit avec ses trois quarts supérieurs. Aussitôt que l'instrument fut retiré, le sang s'échappa avec impétuosité par la plaie, et le malade en perdit une si grande quantité, qu'il tomba dans une faiblesse extrême. Ses voisins, avertis par les cris de sa femme, vinrent à son secours, et on se dépêcha d'aller chercher un Chirurgien dans le voisinage. Celui qui se rendit auprès du blessé reconnut, à la violence de l'hémorragie et à la couleur rouge vermeille du sang qui s'échappait de la plaie, que l'artère fémorale ou la poplitée était blessée. Son premier soin fut de suspendre l'hémorragie en comprimant l'artère crurale dans l'aine contre le pubis, en attendant d'autres secours.

Une demi-heure environ après l'accident, je me rendis auprès de cet homme : je le trouvai pâle, extrêmement faible, et dans un état voisin de la syncope. La plaie,

située à la partie interne inférieure de la cuisse, comme je l'ai dit plus haut, avait environ neuf lignes de longueur; ses lèvres étaient écartées par un caillot sanguin peu consistant, qui laissait sortir du sang vermeil pour peu que l'on modérât la compression exercée dans l'aine.

La ligature était le seul moyen sur l'efficacité duquel on pût compter pour remédier à cet accident; et, pour agir d'une manière conforme aux règles établies, il aurait fallu mettre l'artère à découvert dans l'endroit même où elle était blessée, et la lier immédiatement au-dessus et au-dessous de la blessure. Mais comme l'artère fémorale est située très-profondément dans l'endroit où l'on pouvait présumer qu'elle était ouverte, que le siége de la blessure était incertain, je craignis de ne pouvoir parvenir à la découvrir, même en faisant une incision très-étendue et très-profonde, et en causant un grand délabrement. En conséquence, je me déterminai à découvrir et à lier l'artère fémorale au bas de l'espace inguinal. Je pratiquai cette opération sur-le-champ, en suivant les règles générales que nous avons exposées précédemment, et qu'il serait inutile de répéter ici.

Le malade ne pouvant pas recevoir chez lui les secours que son état exigeait, je le fis transporter à l'hôpital de la Charité. Il ne survint aucun symptôme fâcheux. La plaie de la partie inférieure de la cuisse ne donna plus de sang. Les ligatures ne tombèrent que le vingt-septième jour après l'opération; mais il est probable qu'elles étaient détachées depuis plusieurs jours, et que leur chute avait été retardée par le rouleau de sparadrap de diachylon gommé, qui était tellement retenu par le rap-

prochement des lèvres de la plaie, que je fus obligé, pour l'enlever, d'exercer une traction assez forte sur les fils.

Après la chute des ligatures, la plaie qui jusques-là avait fourni une grande quantité de pus, et marché fort lentement, fit des progrès plus sensibles vers sa cicatrisation. Cependant, sa guérison fut retardée par une espèce de clapier qui pénétrait assez profondément dans l'épaisseur de la cuisse, et que je ne parvins à tarir qu'au moyen d'une compression expulsive très-forte. La cicatrisation de cette plaie ne fut complète qu'au bout de deux mois et demi; celle de la plaie accidentelle fut beaucoup plus prompte. Le malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri, trois mois après son accident.

Article VII.

Des Varices.

Les varices sont des tumeurs noueuses et inégales, formées par la dilatation contre-nature et permanente des veines sous-cutanées.

La structure des veines et la nature de leurs fonctions rendent les varices très-fréquentes; en effet, les parois de ces vaisseaux sont minces, extensibles, et ne sont pas douées, au moins sensiblement, d'une faculté contractile remarquable; l'impulsion étrangère à leur action, par laquelle le sang les parcourt, est continue et uniforme, ensorte que tout obstacle au cours de ce

liquide les expose à une distension continuelle et croissante; les valvules dont leur intérieur est garni, surtout vers les embranchemens, s'opposent au reflux du sang dans les branches, quand la circulation n'est pas libre dans un tronc veineux, sans empêcher cependant l'arrivée d'une nouvelle quantité de ce liquide, ensorte que la distension des parois devient extrême dans la portion du vaisseau comprise entre le point intercepté et les valvules voisines.

Les muscles dont les veines profondes des membres sont entourées, et dont la contraction fréquente soutient les parois, les artères auprès desquelles elles marchent, et dont les battemens accélèrent le cours du sang veineux, expliquent aussi suffisamment pourquoi ces veines sont si rarement affectées de varices. Mais les veines superficielles ou sous-cutanées, qui manquent de toutes ces conditions, peuvent éprouver une distension permanente qui altère leur tonicité et leur élasticité; aussi sont-elles les seules où cette maladie ait été bien observées.

Toutes les veines superficielles du corps y sont sujettes; cependant nous verrons bientôt qu'il y a des raisons pour lesquelles celles des extrémités inférieures y sont particulièrement exposées. En effet, c'est aux jambes et aux cuisses qu'on les observe le plus ordinairement; mais si quelque obstacle mécanique s'oppose à la libre circulation dans les veines de l'extrémité supérieure, comme serait une tumeur dans l'aisselle ou dans la poitrine, des varices peuvent se développer alors dans les veines superficielles du bras et de l'avant-bras.

M. A. Severin (1) rapporte l'histoire d'une tumeur variqueuse placée sur l'hypogastre, accompagnée de varices considérables à la cuisse; la tumeur abdominale était formée par des veines variqueuses entrelacées de manière, dit-il, que le bas-ventre ressemblait à une tête de Méduse. C. Celse dit aussi qu'il peut s'en former dans cette région; mais il ne cite aucun fait. Nous en avons observé un de la même nature que celui rapporté par Severin : la tumeur, qui occupait pareillement l'hypogastre, était formée par les veines sous-cutanées de cette région, et s'étendait jusqu'aux aines et à l'ombilic. Elle était fort volumineuse, inégale, noirâtre, mais ne causait aucune incommodité.

On observe aussi la dilatation variqueuse des veines superficielles du bas-ventre sur les femmes qui ont fait beaucoup d'enfans; mais c'est sur-tout aux varices des veines des jambes et des cuisses que la grossesse donne lieu, et quelquefois à celles des veines du vagin et des grandes lèvres.

Tantôt la dilatation variqueuse n'affecte qu'une seule branche veineuse, quelquefois même elle se borne à une petite étendue de son trajet, et ordinairement le point dilaté se trouve alors au voisinage d'un embranchement; et par conséquent de quelque valvule; tantôt, au contraire, plusieurs branches des veines et même leurs divisions sont affectées de la même manière, et toujours alors la dilatation est plus grande; quelquefois toutes les

(1) *De Abs. recond.*, cap. IX, §. 13.

ramifications d'une veine, dans un espace déterminé, sont dilatées ensemble, et dans ce cas, ces vaisseaux, tout à-la-fois dilatés et alongés, grouppés et contournés sur eux-mêmes, forment une tumeur plus ou moins volumineuse.

Quand les varices sont récentes, elles sont ordinairement peu volumineuses; mais elles grossissent avec le temps, et quand elles forment une tumeur par leur accumulation dans un même point, elles peuvent acquérir un grand volume et causer des difformités considérables.

Un grand nombre de vaisseaux lymphatiques étant situés immédiatement sous les tégumens, la plupart même de ceux-là marchant à côté des veines sous-cutanées; il est bien difficile que celles-ci acquièrent une certaine dilatation, sans comprimer les vaisseaux absorbans; delà l'empâtement qui accompagne toujours les varices quand elles sont parvenues à un certain degré d'accroissement. D'un autre côté, par sa stagnation dans les points les plus dilatés, surtout au voisinage des valvules, le sang se coagule et adhère aux parois du vaisseau; la distension constante de ces parois et du tissu cellulaire environnant, enflamme l'un et l'autre, et donne lieu à des engorgemens locaux. Delà les duretés qui accompagnent ou qui entourent les varices anciennes, et l'adhérence qu'elles contractent quelquefois avec la peau.

On peut distinguer les causes des varices en prédisposantes et en efficientes. Parmi les premières, on doit compter la direction des veines, dans lesquelles le sang circule dans un sens opposé à celui de sa pesanteur;

aussi est-ce toujours près d'une valvule, c'est-à-dire à la partie la plus déclive de l'espace que les valvules laissent entr'elles, que la dilatation commence. La faiblesse organique des parois des veines, disposition morbifique que démontre le développement des varices, indépendamment de toute autre cause, même occasionnelle, doit être considérée aussi comme une cause prédisposante de cette maladie.

Quant aux causes occasionnelles ou efficientes, leur manière d'agir se réduit au retard qu'elles apportent à la circulation du sang dans les veines; ainsi les tumeurs développées sur leur trajet, soit dans la longueur d'un membre, soit dans les cavités intérieures qu'elles parcourent avant d'arriver au cœur, la station et la marche prolongées, les ligatures habituelles, peut-être même le spasme, ou la contraction dont ces vaisseaux peuvent être susceptibles, doivent être comptés parmi ces causes; c'est ainsi que l'on peut concevoir pourquoi une tumeur à l'aine, un anévrisme, la grossesse, un engorgement des viscères du bas-ventre, sont souvent accompagnés de varices aux extrémités inférieures; pourquoi les blanchisseuses, les femmes de la Halle, les imprimeurs, les cordiers, etc., y sont plus sujets que les hommes qui exercent des professions différentes; pourquoi les sujets doués de la constitution appelée mélancolique, en sont souvent affectés; comment il a pu exister des flux périodiques fournis par des veines variqueuses rompues, et comment de pareilles évacuations ont pu soulager des maniaques, des goutteux et des sujets qui avaient des engorgemens des viscères du bas-ventre. Mais il n'est

pas aussi aisé de concevoir la pensée d'Hippocrate (1), lorsqu'il dit que ceux qui sont menacés de gibbosité, ou de contorsion de l'épine dans la région de cette partie qui répond au-dessous du diaphragme, sont guéris quelquefois par des varices qui surviennent aux cuisses, et sur-tout par celles qui se forment au jarret, ou aux environs des aines.

Quand les varices sont petites et peu nombreuses, elles sont indolentes, et n'occasionnent aucune incommodité; mais quand elles sont volumineuses, quand la plupart des veines superficielles d'un membre ont subi une dilatation considérable, elles compriment les vaisseaux lymphatiques, et, comme nous l'avons déja dit, elles causent un engorgement pâteux de tout le membre; la distension des parties environnantes cause des douleurs quelquefois très-vives, de l'inflammation, et peut donner lieu à des ulcérations difficiles à cicatriser; les douleurs sont quelquefois insupportables lorsque la station ou la progression ont été prolongées pendant un certain temps, et ne peuvent être calmées que par le repos et la situation horizontale, qui favorisent le dégorgement des veines distendues; l'état d'irritation constante du membre fait dégénérer en ulcère la moindre blessure; et l'engorgement de la partie, la distension des plus petites veines, rendent la cicatrisation très-longue et très-difficile. Enfin, une ou plusieurs varices peuvent être rompues par l'accumulation du sang qu'elles renferment, d'où peut résulter

(1) *Lib. de Articulis*, sect. III.

une hémorragie copieuse qui a même quelquefois fait périr les malades lorsqu'ils n'ont pas été secourus à temps et convenablement. Mais le plus souvent cette hémorragie est sans conséquence, et une compression modérée suffit pour l'arrêter. Elle ne produit point ordinairement un affaiblissement du malade proportionné à la quantité de sang qu'il a perdu, comme nous l'avons observé plusieurs fois. Cette hémorragie peut se renouveler à des intervalles ordinairement irréguliers, parce qu'elle dépend le plus souvent de causes mécaniques, et chaque fois la veine variqueuse ouverte se vide et s'affaisse, sans qu'elle recouvre le moins du monde la force qu'elle a perdue, et sans revenir sur elle-même.

Quand les varices sont isolées et peu nombreuses, que les principales branches des veines superficielles sont très-dilatées, il n'est pas difficile de les reconnaître à leur situation, dans le trajet ordinaire des veines, à la couleur bleue qu'elles communiquent à la peau, à leur compressibilité, à la diminution constante de leur volume par la situation horizontale, et aux duretés qui les entourent et qui forment quelquefois un demi-canal autour de quelques-unes d'entr'elles, en environnant leur paroi profonde.

Mais quand la dilatation s'est étendue à toutes les ramifications d'une veine principale, et que cette agglomération de varices forme une tumeur, voici les caractères qu'elle présente : elle n'est jamais bien circonscrite, sa base est toujours entourée de veines variqueuses isolées; elle est inégale, noueuse, molle, compressible, sur-tout si le membre et le corps sont situés horizontalement;

diminuant constamment par cette seule position; indolente, à moins qu'elle ne soit très-ancienne; communiquant une couleur bleue à la peau, sur-tout dans les points les plus saillans de ses bosselures, où l'on distingue quelquefois les circonvolutions des veines dilatées; exemptes de battemens et de tout autre mouvement propre.

Les varices qui dépendent d'une cause mécanique extérieure qu'il est au pouvoir de l'art de faire cesser, sont bien moins fâcheuses que celles qui dépendent d'une tumeur formée dans l'une des grandes cavités; dans ce dernier cas, elles ne sont pas graves par elles-mêmes, qnoique l'art n'ait aucun moyen de les guérir, mais seulement en ce qu'elles indiquent la présence d'une maladie bien plus grave, et qu'elles fournissent la mesure des progrès de cette dernière. On sent facilement qu'il serait imprudent de rien entreprendre pour s'opposer aux flux périodiques variqueux, quand ils ont été sensiblement la voie de solution d'une autre maladie, à moins cependant que ces hémorragies ne devinssent excessives, et, dans ce cas, comme nous venons de le dire, la moindre compression suffirait pour les faire cesser.

L'expérience a démontré depuis long-temps l'insuffisance de la saignée, du régime et des médicamens intérieurs, non-seulement pour guérir les les varices, mais pour en arrêter les progrès, lorsqu'elles sont encore petites et récentes. Il en est de même des applications toniques, astringentes, incapables de rendre aux parois des veines le ton qu'elles ont perdu, et qu'elles ne recouvrent jamais, même lorsqu'on peut parvenir à en décou-

vrir la cause, et qu'elle est de nature à être supprimée.

Quand on a pu enlever cette cause, et c'est ce qui a lieu toutes les fois que l'habitude des jarretières trop serrées, la trop longue durée de la station ou de la marche jouent le principal rôle dans la formation des varices, On peut s'opposer à leurs progrès en exerçant sur tout le membre une compression uniforme, soit par le moyen d'une bande de toile ou de flanelle que l'on applique tous les matins, soit par le moyen d'un bas lacé. Ce dernier, bien préférable à la bande, doit être fait en peau de chien chamoisée, ou en coutil très-fin, embrasser exactement toute l'étendue du membre en s'accommodant à tous les accidens de sa forme, et se lacer, si c'est la jambe dont il s'agit, le long du côté externe de cette partie, derrière la malléole externe et sur le côté externe du dos du pied. Si les varices s'étendent aussi à la cuisse, on devra joindre au bas un demi-caleçon fait sur les mêmes principes, et laissant à découvert la plus grande partie du genou pour la facilité des mouvemens. Mais il est bien plus difficile d'exercer une compression égale à la cuisse qu'à la jambe : nous avons employé quelquefois un demi-caleçon, et nous avons eu occasion de nous convaincre que la forme conique du membre donne lieu à l'affaissement du bandage, qui ne peut agir que sur la partie inférieure de la cuisse, et jamais à sa partie supérieure qu'il abandonne toujours.

Quelle que soit la matière de ces bandages compressifs, et la manière dont ils sont construits et appliqués, leur effet se borne toujours à celui d'un moyen palliatif, et le malade est assujetti à leur usage habituel ; car il

est impossible de rendre aux veines dilatées leur élasticité primitive, et de les ramener à leur diamètre naturel : on ne peut que s'opposer à leur dilatation ultérieure, prévenir la tuméfaction de la partie et la formation d'ulcères variqueux.

Mais lorsque les varices sont anciennes, volumineuses, tendues et douloureuses, et sur-tout qu'elles contiennent des caillots durs, il ne faut pas employer la compression, qui pourrait donner lieu à l'inflammation et à des ulcérations; il faut alors faire cesser la tension des veines dilatées, soit en y appliquant quelques sangsues, soit en les ouvrant pour les vider du sang qn'elles contiennent. Ce dernier procédé, dont Paré dit s'être servi avec le plus grand succès, convient sur-tout quand les varices contiennent des caillots consistans. Pour le mettre à exécution, on placera d'abord deux ligatures autour du membre, l'une au-dessus et l'autre au-dessous du lieu où l'on voudra ouvrir la veine; après quoi, si elle est adhérente à la peau, on l'ouvrira dans le lieu de cette adhérence, et si elle est libre au-dessous des tégumens, on l'assujettira avant de l'ouvrir, afin que son ouverture reste parallèle à celle de la peau. Quand la veine variqueuse sera vidée, on rapprochera les bords de l'ouverture, on les couvrira d'une compresse épaisse, qui sera soutenue par un bandage un peu serré. On ne doit toucher à cet appareil que quelques jours après. Lorsqu'à sa levée on trouve la petite plaie cicatrisée, comme il arrive d'ordinaire, et si d'ailleurs la douleur et la tension ont disparu, on fait l'application du bandage compressif, ou du bas lacé.

Les anciens mettaient en usage quelques procédés

opératoires pour la guérison radicale des varices. Celse (1) pose cet axiôme que « Toute veine nuisible doit » être consumée par le feu, ou enlevée par l'instrument » tranchant. » Si la varice était droite ou oblique, mais simple et d'un volume médiocre, on préférait le cautère actuel; on employait, au contraire, l'instrument tranchant, lorsqu'elle était courbe, et qu'elle formait divers contours entrelacés. Pour pratiquer la cautérisation, on découvrait d'abord la veine par une incision à la peau, dont on tenait les lèvres écartées par le moyen de deux petits crochets; puis on appuyait dessus légèrement un fer rouge, grêle et obtus, ayant soin de ne pas brûler les lèvres de l'incision; on cautériserait ainsi toute l'étendue d'une varice, mettant un intervalle de quatre doigts entre chaque ustion. Pour faire l'excision des varices, on découvrait la veine par une incision à la peau, dont on écartait les lèvres, comme dans le cas précédent; puis on l'isolait des parties environnantes par le moyen du scalpel, ayant soin de ne point l'ouvrir : on la soulevait avec un crochet mousse, et on la retranchait. Ayant remarqué le trajet de la même veine variqueuse à la faveur de la tension que le crochet lui communiquait avant l'excision, on la découvrait et on l'enlevait de la même manière, de quatre en quatre doigts de distance. On pratiquait la même opération sur chaque veine variqueuse; après quoi on rapprochait les lèvres des plaies, et on les maintenait réunies avec des emplâtres agglutinatifs.

---

(1) Lib. VII, cap. XXXI.

On n'aura pas de peine à se persuader combien ces opérations devaient être douloureuses, sur-tout si l'on considère à quel point il pouvait devenir nécessaire de les multiplier dans quelques circonstances; cependant les détails dans lesquels Celse est entré, porteraient à croire qu'elles étaient pratiquées fréquemment de son temps; et Pline raconte que C. Marius, celui qui obtint sept fois le consulat, supporta sans se plaindre, et même sans s'asseoir, l'extirpation d'un grand nombre de varices dont ses jambes et ses cuisses étaient couvertes, et qui les rendaient difformes; ce que l'on ne peut considérer que comme un trait d'héroïsme et un effet de la constance que l'ambition nourrissait dans l'ame forte de ce grand capitaine; car Plutarque en rendant compte du même fait, ajoute qu'ayant subi l'opération à la première cuisse, Marius ne voulut pas livrer la seconde au chirurgien, disant qu'il s'apercevait que le remède était pire que le mal.

Tous ces procédés douloureux et inutiles ont été abandonnés, parce que l'on peut toujours diminuer le volume des varices, et remédier aux inconvéniens qu'elles causent, par une compression méthodique et permanente. Le seul cas où l'extirpation pourrait être pratiquée, c'est lorsque les varices agglomérées forment une tumeur circonscrite, volumineuse et douloureuse au point de rendre la compression impraticable. Nous avons rencontré un cas de cette nature, qui n'était pourtant pas accompagné de circonstances assez pressantes pour balancer les inconvéniens de l'opération, et où nous ne fûmes déterminés à la pratiquer que par les vives sollicitations du

malade. M.***, âgé d'environ 24 ans, grand et bien fait, portait à la partie moyenne externe de la jambe, trois ou quatre grosses varices qui, par leur réunion, formaient une tumeur noueuse de la largeur d'environ trois pouces, et d'un peu plus de longueur, de forme à peu-près demi-circulaire. Ces varices ne causaient aucune incommodité, mais M.*** fort affecté de la difformité qu'elles occasionnaient, et de la nécessité de porter toujours des bottes pour les cacher, résolut de s'en débarrasser. Je fis tout ce qui dépendait de moi pour le détourner de ce projet; mais n'ayant pu le dissuader, je cédai enfin à ses instances, et je pratiquai l'opération de la manière suivante : dans sa forme demi-circulaire, la tumeur était située de manière que son bord convexe était tourné vers le péroné : j'incisai la peau dans toute l'étendue de ce bord, puis je la disséquai jusqu'au bord droit : ayant mis à découvert par-là les varices qui formaient la tumeur, et les veines qui s'y rendaient de part et d'autre, je liai ces dernières avec des fils cirés conduits au moyen d'une aiguille courbe, et je les coupai en-deçà des ligatures, emportant par-là la totalité de la tumeur. Les lèvres de la plaie furent rapprochées immédiatement, et la réunion s'opéra en peu de jours, excepté dans les points occupés par les ligatures, qui suppurèrent quelques jours, et ne tardèrent pas à se cicatriser après la séparation des fils.

Article VIII.

Des Tumeurs appelées Variqueuses ou Fongueuses sanguines.

Ces tumeurs diffèrent entre elles sous plusieurs rapports; mais elles ont cela de commun qu'elles sont formées par du sang contenu dans un tissu spongieux, et dans des vaisseaux capillaires dilatés. Nous en distinguons deux espèces : l'une, que nous appelons congénitale, parce que les enfans en portent le germe en venant au monde; et l'autre, que nous nommons accidentelle, parce qu'elle se développe chez des sujets plus ou moins avancés en âge, dans des endroits où il n'existait ni aucune tache de naissance, ni aucune trace d'un vice organique originel.

Tumeurs fongueuses sanguines congénitales. — Tantôt il existe plusieurs de ces tumeurs, d'autres fois il n'y en a qu'une : j'en ai vu jusqu'à cinq sur le même individu, quatre à la tête, et une sur l'épaule. On en a observé sur toutes les parties du corps; mais on les rencontre plutôt à la tête, au cou et au tronc, qu'aux membres. Toutes les parties de la tête y sont sujettes : on en a vu sur tous les points du cuir chevelu, au front, aux tempes, sur le pavillon de l'oreille, aux sourcils, aux paupières, sur-tout à la supérieure, à la racine et sur les côtés du nez, aux joues, aux lèvres et particulièrement à la supérieure.

Toutes ces tumeurs, avons-nous dit, sont formées par du sang : voilà ce qu'elles ont de commun. Mais elles

présentent dans leurs apparences extérieures et dans les phénomènes qu'elles produisent des différences qui doivent faire présumer que le reste de leur contexture n'est pas le même dans toutes, et qui permettent même d'en distinguer de plusieurs sortes. Quoiqu'on ne puisse pas déterminer au juste la part que les deux ordres de vaisseaux capillaires sanguins prennent à la formation et au développement de ces tumeurs, néanmoins en considérant que les unes ont une couleur rouge vermeille, et que d'autres ont une couleur bleuâtre ou noirâtre, on est porté à croire que les premières sont formées principalement par les artères, et contiennent du sang artériel, et que les dernières dépendent spécialement de la dilatation des veines capillaires et renferment du sang veineux. Enfin, parmi celles qui contiennent du sang vermeil, il y en a dans lesquelles les artères capillaires seules sont dilatées et prennent part au développement de la maladie, et d'autres où la dilatation s'étend consécutivement aux branches artérielles qui donnent naissance aux artères capillaires qui forment la tumeur. Celles-ci participent et de la nature des tumeurs fongueuses sanguines et de celle de l'anévrisme : aussi ont-elles des battemens comme les tumeurs anévrismales.

Les tumeurs fongueuses sanguines congénitales s'annoncent par une tache rosée, ou lie de vin, que les enfans apportent en naissant; sorte de difformité que l'on confond ordinairement avec celles connues sous le nom vulgaire d'*envies* ou taches de naissance. Les taches qui précèdent les tumeurs dont il s'agit sont ordinairement fort peu étendues, et ressemblent assez bien à des mor-

sures de puces. Le tissu de la peau est altéré, un peu plus mou que dans l'état naturel, mais sans aucune tuméfaction apparente. Une pareille tache est constamment le germe d'une tumeur fongueuse, si on ne parvient à effacer la tache par la compression, ou si l'on n'enlève la portion de peau qu'elle occupe.

Ces taches restent quelquefois stationnaires pendant plusieurs années sans qu'il paraisse aucune tuméfaction. Quelquefois aussi elles ne croissent qu'à l'époque de la puberté, et pendant le travail d'une menstruation difficile, chez les jeunes filles. D'autres fois encore, après avoir pris un peu de saillie, elles restent ainsi durant toute la vie. Mais le plus souvent la tuméfaction s'annonce dès l'âge le plus tendre, et la maladie fait des progrès rapides qui, suivant sa situation, la rendent plus ou moins grave. Dans ce cas, la tache commence par s'étendre en largeur; sa couleur devient plus prononcée, et quand le jeune malade crie et s'agite, elle le devient encore davantage; la tache s'élève, la tuméfaction augmente, s'étend dans le tissu cellulaire sous-cutané; une tumeur se forme. La marche, les progrès, la forme, le volume, la couleur et même la substance de la tumeur sont loin d'être les mêmes dans toutes.

Les tumeurs fongueuses sanguines congénitales formées par du sang vermeil sont celles qu'on rencontre le plus souvent. Elles prennent d'abord un accroissement assez rapide; mais après avoir acquis un volume qui n'est jamais fort considérable, leurs progrès deviennent plus lents; quelquefois même elles restent stationnaires. Leur forme n'a rien de constant; le plus souvent elles

sont rondes et circonscrites; quelquefois pourtant elles s'étendent d'une manière indéfinie. Leur surface est tantôt lisse, tantôt traversée par des rides, tantôt hérissée de petits mamelons. Elles sont plus ou moins rénitentes, compressibles, élastiques, toujours plus dures et plus colorées pendant les cris et l'agitation : il en est qui sont molles et presque fluctuantes. Ordinairement la tache congénitale par laquelle ces tumeurs se manifestent, s'étend à mesure qu'elles font des progrès, ensorte que toute leur surface en est couverte. Quelquefois cependant le développement de cette tache n'est pas proportionné à celui de la tumeur, et alors sa surface n'est rouge que dans une partie de son étendue : dans le reste, la peau conserve sa couleur naturelle ou est seulement un peu marbrée. La plupart de ces tumeurs n'étendent leurs progrès que dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il y en a pourtant qui envahissent les muscles; c'est ce qu'on voit souvent aux lèvres, aux paupières, dont les muscles éprouvent la même altération que le tissu cellulaire. Ces tumeurs versent, quand on les pique ou qu'on les excorie, un sang vermeil; mais ce sang s'arrête de lui-même ou par la moindre compression. Quand on examine attentivement leur structure, on voit que leur tissu est absolument caverneux et rempli de sang vermeil, qui est versé dans ses cellules par une quantité prodigieuse d'artères capillaires dilatées, et repris ensuite par les veines, à-peu-près comme dans le pénis. La peau qui couvre ces tumeurs est extrêmement mince, et tellement adhérente à leur substance qu'il est impossible de l'en séparer, excepté dans

celles que la tache congénitale ne couvre pas tout entières.

Les tumeurs fongueuses sanguines congénitales dans lesquelles de grosses branches artérielles sont dilatées, se rencontrent bien plus rarement que celles dont nous venons de parler. On en trouve très-peu d'exemples dans les auteurs; le plus remarquable est celui qu'on lit dans le tom. XI du Journal de Médecine de MM. Corvisart, Leroux et Boyer, et dans la Clinique chirurgicale de M. Pelletan. Le voici :

Catherine Micart apporta en naissant deux taches couleur de lie de vin, l'une sur l'oreille gauche, et l'autre sur la région pariétale du même côté. Quelques années après elles étaient converties en une tuméfaction assez considérable. C'est vers la onzieme année que cette tumeur large et irrégulière prit de l'accroissement. Il se fit de petites ouvertures spontanées, par lesquelles sortit du sang vermeil; cette jeune fille était alors à l'hospice de la Salpétrière. On incisa largement ce tissu fongueux d'où il sortit beaucoup de sang. Quand tout fut dégorgé, on appliqua un appareil, et un mois après la plaie était cicatrisée.

Cependant la tumeur faisait des progrès. En septembre 1805, la malade, qui avait alors 18 ans, entra à l'Hôtel-Dieu à l'occasion d'une hémorragie produite, quelques jours auparavant, par une piqûre faite à la partie supérieure de l'oreille.

La tumeur s'étendait sur toute la région temporale, qui avait l'air d'être variqueuse; on voyait et on sentait les battemens des artères qui étaient prodigieusement

dilatées. L'oreille était rouge, grosse et agitée dans toute son étendue par des pulsations isochrônes à celles du pouls. Sur le sommet de l'hélix, on voyait une cicatrice qui se rompait au moindre froissement. La petite crevasse qui résultait de cette rupture, fournissait une hémorragie aussi vive qu'opiniâtre, qu'on avait peine à arrêter avec un appareil compressif; encore devait-on craindre, et arriva-t-il souvent que l'hémorragie se renouvelait, en détachant les brins de charpie qui tenaient à la petite plaie.

En comprimant l'artère temporale devant l'oreille, on faisait cesser les mouvemens de cette partie et les battemens de la tumeur. On espéra donc tirer quelques avantages de la compression longtemps continuée de l'artère temporale; mais le bandage causa des douleurs si vives, qu'on fut obligé de renoncer à ce traitement. M. Pelletan conçut le projet de lier cette artère et l'occipitale. Il fit une incision aux tégumens le long de la partie antérieure de la conque, dans une étendue qu'indiquaient les battemens du tronc artériel; ce ne fut que lorsqu'il voulut passer l'aiguille derrière l'artère, qu'il s'aperçut qu'il était impossible de le faire au-dessous de l'origine de la branche auditive antérieure. Il plongea l'aiguille au-dessus du condyle de la mâchoire; mais la temporale était si grosse à cet endroit, que l'aiguille la traversa. Cependant la ligature fut faite. Après avoir reconnu par le toucher la position de l'artère occipitale, on enfonça, sans incision préliminaire, une aiguille à travers les tégumens, à la partie postérieure du muscle sterno-mastoïdien; mais à peine l'aiguille eût-elle pénétré

ces parties, que du sang rouge jaillit par les deux plaies qu'elle avait faites; on serra la ligature après avoir divisé transversalement les tégumens; les battemens cessèrent. Une compression, faite plus haut que le condyle, fut supportable quoique douloureuse : elle détermina une escarre gangréneuse qui obligea de panser la plaie plus souvent. A chaque pansement il se faisait une légère hémorragie, et les battemens, quoique moins forts, s'étaient renouvelés. Dans le cours de ce traitement, il survint une affection gastrique et un érysipèle au visage; deux abcès se formèrent, l'un au centre de la tumeur, l'autre sur le sternum; diverses hémorragies eurent lieu par l'artère occipitale; les forces s'éteignirent, et la malade mourut quatorze jours après l'opération.

Ouverture du corps. Les tégumens du crâne et de l'oreille du côté gauche n'offraient aucune altération dans leur structure : on remarquait seulement une cicatrice à la hauteur de la bosse pariétale; en arrière, l'ouverture d'un abcès sous-cutané, et sur l'hélix une petite ouverture bouchée par un caillot.

Sous la peau, depuis l'arcade zygomatique et la bosse occipitale, jusqu'au sommet de la tête, existait une couche épaisse de tissu cellulaire très-dense, et dans lequel on trouvait çà et là du pus infiltré, ou bien ramassé en petits foyers. Le tissu cellulaire de l'oreille était très-rouge, et formé par l'entrelâcement d'un grand nombre de veines et d'artères dilatées.

Toutes les artères comprises dans la tumeur, au-dessous du tissu dont nous venons de parler, étaient dilatées, flexueuses, bosselées, ici très-larges, là très-étroites,

pleines de sang caillé, ou d'une humeur blanche et épaisse; l'artère temporale, depuis son origine jusque vers le milieu de la tempe, avait éprouvé une simple dilatation; elle était ouverte dans l'étendue de près d'un pouce à l'endroit où la ligature l'avait traversée; la portion du tube que la ligature n'avait point embrassée, formait au fond de la plaie un cordon fibreux. Plus haut l'artère temporale et ses diverses branches étaient bosselées, flexueuses, grosses et rouges.

L'artère occipitale se divisait très-bas en deux branches, toutes deux fort dilatées : l'une d'elles seulement avait été liée; en haut, ces deux branches étaient noueuses, larges, flexueuses et concouraient à la formation de la tumeur.

Un cas parfaitement semblable à celui que je viens de citer, s'est présenté depuis à M. Pelletan.

Les tumeurs sanguines fongueuses congénitales qui contiennent du sang noir, et dans lesquelles le réseau capillaire veineux est très-développé, se rencontrent assez fréquemment. On les a observées dans toutes les parties du corps, mais principalement à la tête, au tronc et aux membres supérieurs. Ces tumeurs, auxquelles la dénomination de variqueuses convient particulièrement, ne doivent cependant pas être confondues avec celles qui sont formées par l'agglomération des veines sous-cutanées. Les tumeurs dont nous parlons ici se développent sous des taches de naissance livides ou noirâtres : elles ne sont point circonscrites, ou le sont mal, et ont beaucoup plus d'étendue en largeur qu'en hauteur. Leur surface est inégale; elles sont molles,

indolentes, sans pulsations, compressibles, on les fait disparaître quelquefois entièrement en les comprimant, mais elles reviennent dès que la compression cesse. Leur substance est caverneuse, semblable en quelque sorte à celle du placenta ou de la rate, et remplie de sang noir. Bornées d'abord au tissu cellulaire sous-cutané, ces tumeurs, avec le temps, gagnent les muscles dont la substance devient fongueuse aussi; les os eux-mêmes sur lesquels elles reposent perdent de leur épaisseur et deviennent poreux. Les tumeurs variqueuses peuvent acquérir un grand volume; mais en général, après avoir pris un certain accroissement, elles restent stationnaires, et l'on peut les porter toute la vie sans autre incommodité qu'une gêne et une difformité toujours relatives au lieu qu'elles occupent. Telle a été la situation d'un homme que cite Lamorier, et dont l'observation mérite d'être rapportée ici.

« Un pélerin espagnol, âgé d'environ 70 ans, fut reçu, en 1716, à son retour de Rome, dans l'Hôtel-Dieu Saint-Éloy, à l'occasion d'une fluxion de poitrine dont il était attaqué. Il portait une tumeur qui occupait toute l'extrémité supérieure droite, depuis le bout des doigts jusqu'au-devant et derrière la poitrine; la circonférence de l'omoplate et du muscle grand pectoral en était les bornes. Cette extrémité était noirâtre, tirant en quelques endroits sur la couleur livide : elle n'avait par-tout guères plus de son volume naturel; elle était inégale, mais sans dureté : on n'y apercevait aucun battement, et lorsqu'on la pressait avec le doigt, on sentait la même résistance que l'on éprouve lorsqu'on manie une rate de

veau ou de mouton distendue par le souffle. D'ailleurs, cette partie ne fut jamais douloureuse, et les mouvemens n'en furent jamais interrompus.

« Lorsqu'on piquait le malade avec une épingle en quelque endroit que ce fût de l'épaule, du bras, de l'avant bras ou de la main, à la profondeur d'une demi-ligne, le sang dardait à la distance d'environ deux pieds sans le secours d'aucune ligature, et il jaillissait pendant une ou deux minutes.

» Lorsque le malade levait le bras sur la tête, on voyait sur le champ se former deux tumeurs considérables, l'une sur l'omoplate, l'autre sur le grand pectoral, après y avoir vu descendre à travers la peau le sang, depuis les doigts, la main, l'avant-bras et le bras; et à mesure que ces deux tumeurs se formaient, la main, l'avant-bras et le bras perdaient environ les deux tiers de leur volume: lorsqu'au contraire il abaissait le bras, il se formait aussi sur-le-champ une tumeur sur toute la main, après qu'on avait vu pareillement descendre le sang depuis l'omoplate, le grand pectoral, le bras et l'avant-bras; ces parties ayant de même perdu de leur volume.

» Cette tumeur était aussi vieille que le malade qui la portait. Il avait appris de ses parens, que quand il naquit elle était déja formée. D'ailleurs, la suite de cette observation le prouvera suffisamment.

» Ce pauvre Castillan n'avait pas seulement cette tumeur: il portait aussi depuis sa naissance trois petites tumeurs de figure ronde, sur le haut de la tête: l'une était sur le milieu du coronal, et les deux autres sur le haut de chaque pariétal; elles étaient plates, et avaient

les mêmes particularités que celle du bras : elles étaient molles et de couleur plombée. Lorsqu'on les piquait avec une épingle, le sang dardait, mais à une moindre distance, et pendant moins de temps que celui qu'on faisait jaillir du bras. Lorsqu'on lui faisait pencher la tête, sur le champ les trois tumeurs augmentaient de volume, et chacune d'elles pouvait acquérir celui d'un gros œuf de poule d'Inde. Lorsqu'au contraire il relevait la tête, les tumeurs diminuaient à vue d'œil : elles s'aplatissaient et disparaissaient presque entièrement. Si cependant on y portait le doigt, on sentait de la mollesse dans les chairs, et on apercevait un enfoncement dans les os sur lesquels elles étaient situées. L'âge et la fatigue que cet homme venait d'essuyer pendant un long voyage, concoururent aux progrès de la fluxion de poitrine, et il mourut.

» A l'ouverture du corps, on commença par examiner le bras, et après avoir mis un tuyau indifféremment dans le corps des muscles, et après l'avoir légèrement serré, on souffla sans violence du côté de l'avant-bras, de la main et des doigts, et on vit d'abord toutes ces parties s'enfler considérablement; dès qu'on cessait de souffler, la tumeur disparaissait presque entièrement. On ouvrit la peau pour voir la substance des muscles, et on ne trouva partout que des filamens entremêlés de vésicules très-dilatées qui communiquaient les unes avec les autres, par des pores très-sensibles. La substance de ces muscles approchait beaucoup de celle du placenta, mais beaucoup plus de celle d'une rate de veau ou de mouton, distendue par le souffle. Les os de cette partie n'avaient guères plus de la moitié de leur volume naturel :

leur figure était irrégulière, inégale, et leur substance spongieuse.

» On examina ensuite le crâne : on trouva que les tumeurs de la peau et du péricrâne étaient de même substance que celle des muscles de l'extrémité supérieure : on enleva ces tumeurs et on vit que les endroits du crâne qu'elles couvraient, étaient fort enfoncés : l'un de ces endroits était si délié, que quand il fut question d'ôter le péricrâne, il ne put résister à l'appui du scalpel, quoiqu'appliqué avec beaucoup de ménagement. Cependant le reste du crâne était d'une épaisseur considérable : on le compara avec un des plus épais que l'on pût trouver; on les trépana tous les deux vers la jonction de la suture sagittale avec la lambdoïde, et la pièce qu'on emporta du crâne sur lequel étaient les tumeurs variqueuses, était beaucoup plus épaisse que celle de l'autre (1). »

Lorsque les tumeurs fongueuses, sanguines, congénitales, sont peu volumineuses, qu'elles ne font aucun progrès, qu'elles sont indolentes et situées de manière à ne causer aucune gêne et à ne pas être un objet de difformité, on peut se dispenser d'en entreprendre la guérison; elles durent toute la vie sans faire naître aucune incommodité, sans altérer la santé. Mais si la tumeur cause de la douleur; si elle fait des progrès et menace d'envahir des parties où il serait impossible de l'atteindre, d'autres où elle produirait une difformité très-désagréable, on doit se hâter d'en débarrasser le malade.

---

(1) Mém. de l'Acad. des Sciences de Montpellier, tom. I.

J'ai été long-temps sans imaginer que la compression pût être de quelque utilité pour la guérison de ces tumeurs, et lorsqu'il y avait des raisons suffisantes pour en entreprendre la cure, je les emportais avec l'instrument tranchant; mais l'observation suivante m'a appris que la compression peut les faire disparaître. Je fus consulté, il y a environ dix-huit ans, pour une petite fille de deux ans qui portait, dans l'épaisseur du bord adhérent de la lèvre supérieure, une de ces tumeurs qui avait succédé à une tache rosée congénitale. La maladie s'étendait un peu dans la sous-cloison du nez: cette disposition ne permettant pas une extirpation complète, je me contentai de conseiller à la mère de fomenter la tumeur avec de l'eau alumineuse, et de la comprimer le plus souvent qu'elle pourrait, avec son doigt indicateur couché transversalement au-dessous du nez. J'attachais très-peu d'importance à cet avis, et j'étais loin de croire qu'il pût devenir salutaire à la petite malade, si la tumeur ne devait pas rester stationnaire. Cependant il fut exécuté avec toute la constance que la tendresse maternelle peut inspirer. La mère passait quelquefois jusqu'à sept heures à comprimer sans relâche la tumeur avec son doigt. Cette persévérance eut un succès si complet, qu'au mois d'août 1809, ayant été consulté de nouveau pour cette jeune personne, alors âgée de douze ans, il était impossible de reconnaître aucune trace de la tumeur. Il est probable que la compression a procuré la guérison, en déterminant l'oblitération des cellules de la substance spongieuse qui formait la tumeur, et celle des artérioles dilatées qui versaient le sang dans ces cellules.

Depuis que la guérison de cette tumeur par la compression m'est connue, j'ai traité et guéri par ce moyen un assez grand nombre de tumeurs de la même espèce, situées sur le sommet de la tête, sur le front, sur les tempes, et une sur la racine du nez et à la partie interne du sourcil. Mais pour que la compression soit efficace, il faut que la tumeur ait un point d'appui solide et invariable : il faut aussi que la compression soit permanente, qu'elle agisse à un degré assez considérable sur toute la surface de la tumeur, au-delà même de sa circonférence, et qu'elle soit continuée assez long-temps pour amener l'oblitération des cellules du tissu spongieux qui la forme, et des vaisseaux qui versent le sang dans ce tissu. On peut exercer cette compression avec un bandage mécanique en forme de tourniquet. L'action d'un pareil bandage est invariable, et permet de graduer la compression à volonté. Il est même telle position de la tumeur qui ne permet pas d'en employer d'autre ; ainsi, une tumeur située à la racine du nez, sur ses côtés, ou sur la joue, ne pourrait pas être comprimée avec un bandage ordinaire. La maladie dont nous allons rapporter l'observation est de ce genre.

M. de L...., âgé de 25 ans, avocat, apporta, probablement en naissant, sur la joue gauche, une tache rougeâtre, qui ne fut aperçue que le dixième jour, et dont on attribua la cause à l'impression qu'avait faite sur sa mère, lorsqu'elle le portait, la vue d'une personne affectée d'une difformité considérable à la même partie, sans qu'on sache en quoi consistait cette difformité. Cette tache, jusqu'à l'âge d'environ deux ans, parut ne faire

que des progrès très-peu rapides; mais, à cette époque, elle commença à prendre un accroissement sensible, et à devenir un peu plus saillante au-dessus de la peau. Bientôt le tissu cutané parut se dilater au-dessous; la tuméfaction, molle, nullement douloureuse, qui en résulta, s'étendit peu-à-peu et par progrès insensibles à presque toute la joue, ne présentant d'autre changement de couleur dans la peau qu'une teinte légèrement bleuâtre. Au bout de quelques années, la maladie s'étendit à la lèvre supérieure, qu'elle envahit assez promptement, et dont la tuméfaction fut bientôt portée assez loin pour être beaucoup plus grande que celle des parties primitivement affectées. Vers l'âge de neuf ans, et lorsque les progrès du mal étaient encore remarquables, des chirurgiens très-distingués tentèrent de les arrêter, en pratiquant dans la bouche des opérations et des cautérisations, sur le but et la nature desquelles le rapport seul du malade n'a pu jeter que très-peu de jour. Il paraît qu'il n'en résulta autre chose que des cicatrices, qui en réunissant par des brides les gencives des deux mâchoires, apportèrent une gêne assez grande dans les mouvemens de ces parties. Depuis ce temps, les progrès du mal, quoique lents, se firent encore apercevoir pendant plusieurs années : la tuméfaction, bien que portée principalement vers la partie inférieure de la joue, s'étendit un peu en haut, et vint se manifester à la tempe gauche. Enfin, quelques années plus tard, et vers l'âge de 17 à 18 ans, la maladie parut borner ses progrès et rester stationnaire. Aucun moyen de guérison ne fut mis en usage, sinon des compressions momentanées de la tumeur à la tempe,

lesquelles ne produisaient son affaissement que pendant quelques heures, au bout desquelles les parties revenaient à leur état naturel.

M. de L.... ayant eu depuis occasion de venir à Paris pour ses études, y consulta les Chirurgiens les plus célèbres. Les uns lui conseillèrent de n'employer que des moyens palliatifs, les autres furent d'avis de tenter la réduction de la maladie par la compression des parties qu'elle occupait. Je fus de l'avis de ceux-ci.

Je commençai par essayer de rendre plus libres les mouvemens des mâchoires, en coupant quelques-unes des brides qui les réunissaient : téntative qui eut quelques succès. Ensuite, d'après mon avis, le malade se décida à récourir à une compression prolongée. La maladie se présentait alors dans l'état suivant : la lèvre supérieure avait un volume au moins triple de ce qu'il aurait dû être naturellement ; la commissure gauche et une très-petite portion correspondante de la lèvre inférieure participaient à la maladie. La joue gauche, et particulièrement sa portion inférieure, vers le rebord de la mâchoire, offraient une élévation très-manifeste qui se prolongeait un peu vers l'oreille, et montait du côté de la tempe gauche. Le tissu de toutes les parties affectées était bleuâtre, mollasse, nullement douloureux, et éprouvait à la pression une réduction telle, qu'au bout de quelques secondes, les doigts les faisaient revenir à un volume presque naturel, et cela principalement pour la lèvre. L'intérieur de la joue offrait encore diverses brides et diverses cicatrices, qui, réunies à la maladie principale, gênaient sensiblement les mouvemens de la mastication et de la prononciation.

La compression, après plusieurs délais, fut commencée vers la fin de l'année 1817. On essaya d'abord de comprimer en même temps la joue et la lèvre supérieure, avec la même machine, qui consistait en une sorte de demi-masque, moulé à la forme des parties, et du bord antérieur duquel partait, au niveau de la lèvre supérieure, un prolongement qui couvrait cette lèvre et la comprimait sur une plaque de gomme élastique, laquelle s'élevait du bord inférieur du prolongement, en faisant avec lui un angle aigu, et s'appliquait à la face interne de la lèvre, de telle manière que cette partie se trouvait renfermée entre les deux plaques, dont la réunion en bas bornait l'alongement que la lèvre comprimée aurait nécessairement pris sans cette sorte de digue.

Au bout de quelques jours on s'aperçut que le peu de résistance et le ramollissement de la plaque de gomme élastique, rendaient la pression de la lèvre presqu'entièrement nulle, et que son bord supérieur se renversant en arrière, s'appliquait contre les gencives et y occasionnait des ulcérations douloureuses. On crut en conséquence devoir prendre le parti de supprimer le prolongement qui couvrait la lèvre, et de le remplacer par une machine compressive particulière, détachée du masque principal.

Après des essais répétés, et des modifications que nécessitèrent divers inconvéniens qui résultaient de l'application de cette machine, on la construisit enfin de manière qu'elle consistait en deux plaques d'argent doré, accommodées à la convexité de la lèvre, dont les rebords étaient rendus épais et arrondis au moyen d'un bourrelet de plomb surajouté.

La plaque extérieure couvrait la lèvre toute entière, et était fixée au masque au moyen de fils d'argent, tandis que la plaque intérieure, introduite entre la lèvre et la mâchoire supérieure, portait à sa partie inférieure une vis d'argent, laquelle passant à travers un trou pratiqué au bas de la plaque extérieure, permettait de rapprocher ces deux plaques l'une de l'autre au moyen d'un écrou : de plus, chacune des plaques était terminée en bas par un rebord horizontal qui servait à soutenir la lèvre et à l'empêcher de s'alonger.

Une douleur à-peu-près continuelle, et quelquefois très-vive, qui se manifestait successivement à divers endroits des parties comprimées ; de la suppuration d'un odeur très-infecte, qui se faisait jour par différens points de la mâchoire, et indiquait l'ulcération des parties ; une grande difficulté pour prendre les alimens, et surtout les liquides, tels furent les accidens qui accompagnèrent l'application de cette machine, accidens qui ayant, en partie, été prévus d'avance, ne parurent pas des motifs suffisans pour suspendre l'usage de ce moyen. Mais une circonstance plus grave s'est manifestée, c'est que la plaque intérieure, continuellement rapprochée en avant de la plaque extérieure, laissait, vers son bord supérieur, entr'elle et les gencives, un espace dans lequel s'engage un bourrelet qui, d'abord peu considérable, a pris peu-à-peu de l'accroissement, de manière à présenter au bout de sept semaines, que nous écrivons ceci, le volume d'une lèvre ordinaire, et à descendre au niveau des dents inférieures, de telle sorte que le rebord de la plaque pressant contre l'épaisseur de la lèvre supé-

rieure, l'a ulcérée, et paraît avoir peu-à-peu partagé cette épaisseur en deux parties, dont l'une est comprise et comprimée entre les deux plaques, et l'autre forme le bourrelet dont nous avons parlé.

Cette circonstance, qui effrayait beaucoup le malade, n'a pas été jugée très-grave, dans l'idée que cette saillie est due au boursoufflement de la membrane interne de la bouche, et que plus tard on pourra l'enlever avec l'instrument tranchant, dans le cas où cette disposition ne diminuant pas deviendrait incommode.

Cette observation est très-incomplète sans doute. Cependant, la manière d'agir du bandage, l'habileté de l'artiste (1) qui peut le perfectionner encore, la courageuse persévérance du malade nous font espérer un succès.

Depuis que ceci est écrit, il est survenu dans l'état de M. de L.... des changemens notables que nous allons faire connaître.

Le bourrelet spongieux dont il vient d'être parlé a augmenté de volume, et quoique la compression sous l'influence de laquelle il s'était formé ait été abandonnée, il a continué à faire des progrès. En 1827, il avait pris un développement si considérable, qu'il occupait un peu plus de la moitié de la lèvre, et qu'il descendait à plus d'un pouce au-dessous de la réunion de la peau de la lèvre avec sa membrane interne : il ressemblait en quelque sorte à un cône dont la base correspondait à la commissure des lèvres, et le sommet se terminait en

---

(1) M. Oudet.

mourant un peu au-delà du milieu de la lèvre. Ce bourrelet était d'une couleur violacée, mou, compressible, et susceptible d'une espèce de réduction : en effet, le malade pouvait le faire disparaître en contractant fortement le muscle orbiculaire des lèvres et en exerçant une espèce de succion ; mais alors la lèvre se gonflait considérablement. Un bourrelet semblable, mais beaucoup moins gros, occupait le quart externe environ de la lèvre inférieure. La difformité causée par ces deux bourrelets était si grande, que, pour la cacher, M. de L... couvrait constamment la joue gauche et la moitié correspondante de la bouche avec un mouchoir de soie qu'il tenait de la main gauche. Consulté de nouveau par M. de L.... sur les moyens que l'on pourrait employer pour remédier à cette difformité, je pensai que l'excision des deux bourrelets variqueux était le seul procédé sur l'efficacité duquel on pût compter, et je lui proposai cette opération. Il écouta cette proposition ; mais avant de se soumettre à ce moyen, il voulut prendre l'avis de plusieurs autres Chirurgiens. Parmi ceux qu'il consulta, il s'en trouva un qui éleva des doutes sur la possibilité de conduire à parfaite guérison la plaie qui résulterait de l'opération. Cette opinion ébranla la résolution de M. de L...., et, pour le rassurer, il ne fallut pas moins que le récit d'un cas dans lequel j'avais vu la plaie résultant de l'excision partielle d'une tumeur variqueuse de la lèvre inférieure et de la joue, se cicatriser complètement. Il se décida donc à l'opération, et je la pratiquai le 7 mars 1827. Je fis une incision dans toute la longueur du bourrelet de la lèvre supérieure, précisément à la jonction de la peau avec la membrane violacée qui cou-

vrait ce bourrelet; ensuite je disséquai celui-ci de bas en haut, jusqu'à la réunion de la lèvre avec la mâchoire, et je l'enlevai le plus exactement possible, en me servant tantôt du bistouri, tantôt des ciseaux. Cette dissection fut accompagnée de l'effusion d'une grande quantité de sang qui venait du tissu spongieux de la tumeur et de l'artère coronaire labiale dont je fis la ligature. Après quoi j'enlevai le bourrelet de la lèvre inférieure, ce qui fut plus facile et moins long, parce que ce bourrelet était beaucoup moins considérable. Je pansai la plaie en plaçant une lame de carton entre les dents et la lèvre supérieure, et en remplissant de charpie l'espace compris entre la lèvre et le carton; de la charpie fut mise entre la lèvre inférieure et les dents, et le tout fut assujetti avec des compresses longues, étroites, et un bandage semblable à celui que l'on emploie dans l'opération du bec-de-lièvre. Il ne survint aucun accident. L'appareil ne fut levé que le sixième jour. La suppuration n'était pas encore établie, cependant la plaie ne saigna pas, parce que je n'enlevai que la charpie qui était complètement détachée, et que je pus ôter sans causer le moindre tiraillement. Il serait inutile d'entrer dans le détail des soins que cette plaie exigea pour être conduite à sa guérison, qui ne fut complète qu'au bout de deux mois et demi.

Le résultat de l'opération fut une amélioration très-grande dans l'état de M. de L......; sa figure n'avait plus l'aspect hideux et repoussant qu'elle présentait auparavant : il ne lui restait d'autre difformité que celle de la tumeur variqueuse de la joue, qui n'avait pas augmenté de volume depuis 1817.

Les tumeurs spongieuses congénitales qui ne réunissent pas les conditions nécessaires pour pouvoir être comprimées selon les règles que nous venons d'établir, ne doivent pas être traitées par la compression. Appliquée à ces tumeurs, la compression pourrait bien en diminuer la hauteur, mais n'étant ni assez forte pour les affaisser entièrement, ni exercée constamment et uniformément jusqu'au-delà de leur circonférence, en s'opposant à leurs progrès en hauteur, elle favoriserait leur accroissement en largeur.

La compression n'est pas seulement propre à guérir ces tumeurs, elle peut encore en prévenir le développement et faire disparaître la tache congénitale qui en est le précurseur, lorsqu'elle est située d'une manière favorable à l'emploi de ce moyen. J'en ai vu plusieurs exemples, entr'autres celui d'une de mes petites-filles. Elle vint au monde avec une petite tache rouge, vermeille, semblable en quelque sorte à la piqûre d'une puce, sur la tempe droite, un peu au-dessus de l'angle externe des paupières. En très-peu de temps cette tache fit des progrès qui ne laissaient aucun doute sur le développement prochain d'une tumeur spongieuse sanguine. L'enfant avait à peine deux mois, que la tache était déjà presque aussi large que l'ongle du pouce d'un adulte, et qu'elle commençait à devenir saillante. Un bandage mécanique ayant une pelotte un peu plus large que la tache, fut appliqué pendant trois ans, mais durant le jour seulement. La tache a disparu de manière à ne laisser aucune crainte pour l'avenir. Il n'en reste plus d'autre trace qu'une ligne presque circulaire, très-

étroite et légèrement violacée; cette ligne, qui est absolument la même depuis quatre ans, correspond à la circonférence de la tache congénitale : dans l'espace qu'elle circonscrit, les tégumens ont leur couleur naturelle. Aujourd'hui la petite-fille a sept ans.

La compression n'est pas le seul moyen de faire disparaître les taches congénitales sous lesquelles se forment les tumeurs fongueuses, et de prévenir le développement de ces tumeurs. Les caustiques et l'instrument tranchant peuvent remplir le même objet; mais comme ces moyens sont douloureux et laissent une cicatrice, la compression leur est préférable. Cependant, lorsqu'elle est impraticable, et que la situation de la tache et de la tumeur qui commence à se former au-dessous d'elle donne de justes sujets de crainte pour les suites, on ne doit pas hésiter à l'emporter avec l'instrument tranchant ou à la détruire avec le caustique. Le premier de ces moyens nous paraît préférable, et nous l'avons employé plusieurs fois avec succès.

La fille d'un négociant de Rouen vint au monde avec une petite tache rouge à la partie supérieure de la joue gauche, immédiatement au-dessous de la paupière inférieure. Cette tache, qui n'était pas plus grande d'abord que la piqûre d'une puce, prit bientôt de l'accroissement, devint un peu saillante, et l'enfant avait à peine atteint son quatrième mois, qu'il existait déjà une tumeur fongueuse de la largeur de l'ongle du petit doigt, et qui avait environ une ligne d'élévation. Les progrès de cette tumeur en un si court espace de temps, ne laissaient aucun doute sur son accroissement ultérieur, et faisaient

craindre sur-tout qu'elle ne gagnât la paupière inférieure, ce qui aurait rendu peut-être la guérison impossible. Le père de l'enfant que je rencontrai dans une maison à Paris, me parla de cette tache à laquelle il ne donnait pas une grande importance. Sur ce que je lui dis des suites que pourrait avoir cette maladie, il se détermina, quelque temps après, à conduire sa fille à Paris et à la confier à mes soins. L'ablation de la tumeur me paraissant urgente, je la circonscrivis par une incision qui s'étendait un peu au-delà de ses limites, et je l'enlevai entièrement. La petite plaie qui résulta de cette opération fut promptement guérie. J'ai revu cet enfant quatre ans après; la cicatrice avait conservé son état naturel, et ne paraissait que comme la marque d'un grain de petite-vérole. Dans ce cas, j'emportai les tégumens qui couvraient la tumeur, parce qu'ils étaient rouges, altérés et adhérens dans toute l'étendue de sa surface; mais si la peau n'était pas sensiblement altérée, ou si elle ne l'était que dans une très-petite étendue, il faudrait chercher à la conserver pour éviter une cicatrice large; l'on est quelquefois assez heureux pour réussir, comme il nous est arrivé une fois.

La fille de M***, employé à l'Hôtel des Monnaies de Paris, vint au monde avec une de ces petites taches rosées, prélude ordinaire des tumeurs dont il s'agit ici; cette tache était située sur le côté du nez. Pendant quelque temps, elle fixa à peine l'attention des parens de cette enfant, parce qu'elle était extrêmement petite, beaucoup plus longue que large, et en quelque sorte linéaire. Cependant il survint au-dessous de la peau une tumé-

faction qui s'étendit peu-à-peu, et occupa presque tout le côté du nez. Parmi les personnes de l'art que l'on consulta, les unes conseillèrent des topiques, les autres la compression, qui fut impraticable à cause de la situation de la maladie. Quand nous vîmes la malade, elle était âgée de huit mois; la tumeur s'étendait depuis le sillon qui sépare la lèvre supérieure d'avec l'aile du nez, jusqu'auprès de la commissure interne des paupières; elle était molle, élastique, devenait plus dure et plus volumineuse lorsque l'enfant criait; et, chose extraordinaire! la peau qui la couvrait avait conservé son état naturel, et la tache congénitale sous laquelle elle s'était développée n'avait point augmenté d'étendue. Nous en conseillâmes l'extirpation sans retard, attendu que de plus longs délais lui auraient laissé le temps de parvenir aux organes lacrymaux, ou même plus loin, et auraient pu rendre l'opération impraticable. Je fis sur le côté externe de la tumeur une incision semi-elliptique; je disséquai les tégumens, et je renversai le lambeau vers le côté interne; après quoi j'enlevai la tumeur, en emportant tout ce qui la constituait avec autant d'exactitude qu'il me fut possible. Cette partie de l'opération fut assez difficile, à cause du sang que donnaient en abondance quelques artérioles dilatées qui pénétraient dans la tumeur, et que je ne pouvais faire comprimer par le doigt d'un aide, à raison du peu d'espace. Le sang fut arrêté par le moyen de charpie sèche et d'une légère compression; la suppuration s'établit, le lambeau fut réappliqué consécutivement, et la cicatrice, qui se réduisait à une trace semi-elliptique, n'offrait d'autre difformité qu'une légère élévation dans

le point correspondant à la lèvre interne de la plaie; la guérison a été radicale : la jeune personne est aujourd'hui âgée d'environ douze ans.

Lorsque les tumeurs fongueuses sanguines congénitales sont situées de manière à ne pouvoir être comprimées, on doit les emporter avec l'instrument tranchant, quel que soit l'âge des malades, si elles sont peu volumineuses, si elles font des progrès et menacent d'envahir les parties qui rendraient par la suite l'opération impraticable. Mais lorsque la tumeur est très-grosse et le sujet très-jeune, il ne serait pas prudent d'en entreprendre l'ablation : le malade ne résisterait pas à la violence des douleurs d'une opération longue et difficile, à la perte d'une grande quantité de sang et à l'abondance de la suppuration. Encore moins doit-on attaquer la tumeur par des caustiques, dont l'application réitérée dans l'intention de détruire tout le mal, causerait des douleurs atroces et une dégénération fâcheuse de la tumeur.

Un enfant vint au monde avec deux tumeurs de ce genre, l'une à la partie supérieure gauche de la poitrine, l'autre à la partie interne supérieure du bras. La première ayant fait des progrès assez considérables, fixa seule l'attention des parens. Un des Chirurgiens qui furent consultés crut voir une tumeur enkystée, et appliqua sur sa partie moyenne un morceau de potasse caustique. Après la chute de l'escarre, on vit sortir un fongus qui saignait au moindre attouchement, et que l'on s'efforçait de réprimer tous les jours avec des styptiques. Le Chirurgien m'ayant fait appeler, je reconnus la maladie;

mais le malade n'avait que six ou huit mois et était trop faible pour que je songeasse à emporter la tumeur; je conseillai de lier la base de l'excroissance pour tâcher d'obtenir une cicatrice, et de remettre les choses dans le premier état. Le fongus tomba en effet; mais il se reproduisit promptement et à diverses reprises; l'enfant mourut d'épuisement.

Chez les adultes, quel que soit le volume des tumeurs variqueuses congénitales, on peut les emporter efficacement avec l'instrument tranchant, lorsqu'elles sont situées de manière à pouvoir être enlevées entièrement.

Une fille, âgée de 22 ans, portait à la partie externe inférieure du bras gauche une tumeur fongueuse sanguine congénitale, de l'espèce qu'on peut appeler plus particulièrement variqueuse, pour laquelle elle fut reçue, il y a six ans, à l'Hôpital de la Charité. Cette tumeur occupait la moitié inférieure du bras, et un peu plus de la moitié de sa circonférence; elle avait environ un pouce et demi d'élévation dans sa partie moyenne, et un peu moins vers ses bords qui étaient irréguliers; elle était molle, s'affaissait sous les doigts et se relevait dès qu'on cessait de la comprimer. On voyait vers son milieu la tache congénitale, d'un rouge brun, au-dessous de laquelle elle s'était développée: dans le reste de son étendue, sa couleur était marbrée, d'un blanc grisâtre, bleu et noirâtre; cette dernière couleur dominait sur les autres. La peau qui la couvrait était extrêmement mince, et réduite à une pellicule fortement unie à la substance intérieure; sa surface présentait plusieurs petites élévations en forme de mamelons. La malade nous apprit qu'elle était venue

au monde avec une tache d'un rouge violet sur la partie externe inférieure du bras; que dans son enfance, et jusqu'à l'âge de puberté, elle n'avait presque pas fait de progrès; mais qu'à cette époque elle avait pris tout d'un coup beaucoup d'accroissement, et que ses progrès avaient été beaucoup plus marqués encore pendant les deux dernières années; que quelque temps avant d'entrer à la Charité, étant dans un autre hôpital pour une autre maladie, des élèves eurent l'imprudente curiosité d'ouvrir quelques-uns des tubercules qui s'élevaient au-dessus de la surface de la tumeur; qu'il en sortit une grande quantité de sang qu'on arrêta par la compression, et que depuis il s'y était fait spontanément, et à plusieurs reprises, de petites crevasses par lesquelles le sang avait coulé abondamment. Dans cet état de choses, il était à craindre que les progrès ultérieurs de la tumeur ne la rendissent incurable, et il était urgent d'en débarrasser la malade. J'eus d'abord l'idée de tenter la compression; mais comme l'action de ce moyen est très-lente, et qu'en raison du volume de la tumeur, il aurait fallu comprimer pendant fort long-temps, je renonçai à cette idée et je me déterminai à l'opération. Je circonscrivis la tumeur par une incision qui s'étendait un peu au delà de sa base, et je l'enlevai en la séparant des muscles sur lesquels elle était située. Ces organes étaient sains, mais leur surface avait une couleur rouge très-foncée, semblable à celle de la lie-de-vin; il est à croire que si la tumeur n'eût pas été enlevée, elle aurait fini par les altérer profondément et les convertir en une substance aréolaire, comme chez le malade qui fait le sujet de l'observation de Lamorier.

Pendant l'opération, le sang artériel et veineux coulait abondamment et en nappe de toute la surface de la plaie. Je fis la ligature de tous les vaisseaux qui purent être saisis avec une pince à dissection, et j'étanchai, au moyen de la compression, le sang fourni par les veines et par les artères que je ne pus lier. La plaie n'a jamais présenté le degré d'inflammation, la couleur vermeille, et l'aspect granulé des plaies qui guérissent par voie de suppuration : aussi n'a-t-elle jamais fourni un pus épais et blanchâtre ; il était toujours mêlé à du sang, et souvent même la surface de la plaie était saignante, sur-tout à l'époque des règles. Cependant elle s'est rétrécie de la circonférence au centre, et s'est ensuite couverte d'une cicatrice ; mais la formation de cette cicatrice a été extrêmement lente, et la guérison de cette plaie n'a été complète qu'au bout d'un temps plus que double de celui que la nature emploie pour la cicatrisation d'une plaie ordinaire de la même étendue. La cicatrice était légèrement violette et extrêmement mince ; mais on ne distinguait au-dessous d'elle, ni dans les environs, aucune apparence de fongus. J'ai revu cette fille quatre ans après : alors la cicatrice était devenue blanche, et je me suis convaincu que la guérison était radicale.

Si dans le cas dont je viens de parler, la malade a été débarrassée pour toujours, c'est que la tumeur a pu être enlevée tout entière. Mais celles qui sont situées de manière à ne pouvoir être emportées en totalité, ne présentent à l'opération aucune chance de succès. Après la guérison de la plaie, ce qui resterait de la tumeur prendrait de l'accroissement et aurait bientôt acquis un volume

égal et même supérieur à ce qu'on aurait détruit par l'opération. En voici un exemple : Une jeune fille portait dans l'épaisseur de la moitié gauche de la lèvre supérieure, et dans la partie correspondante de la joue, une tumeur variqueuse, moins élevée à l'extérieur qu'à l'intérieur de la lèvre, où elle formait un bourrelet très-désagréable : on excisa le bourrelet; mais la cicatrice de la plaie était à peine achevée, qu'il se reproduisit. Fabrice de Hildan parle d'une petite fille de huit ans, qui portait sur le front une excroissance congénitale qu'il compare à une prune, et qui n'était autre chose qu'une tumeur variqueuse : il emporta cette tumeur avec l'instrument tranchant, mais parce qu'il ne l'avait pas enlevée complètement et jusque dans ses racines, presque aussitôt que la plaie fut guérie la tumeur revint. Il pratiqua une seconde opération, par laquelle il emporta entièrement la maladie, et cette fois la guérison fut radicale; la cicatrice resta blanche et déprimée (1).

Si la tumeur est accompagnée de la dilatation des grosses branches artérielles voisines, et qu'elle présente tout à-la-fois le caractère variqueux et anévrismal, on ne peut espérer de la guérir qu'en provoquant l'oblitération de ces artères, soit par la compression, soit par la ligature, et en affaissant la tumeur au moyen d'un bandage compressif, ou en l'emportant avec l'instrument tranchant. Avant d'entreprendre la cure de ces tumeurs, on doit donc examiner avec la plus grande attention, si ces

(1) Fabricius Hildanus, *Cent.* V, *Obs.* 46, p. 432.

conditions peuvent être remplies; si elles ne peuvent pas l'être, il vaut mieux abandonner la maladie à elle-même. Une opération tentée imprudemment dans ce cas peut faire périr un malade qui aurait vécu long-temps encore. On ne saurait trop le répéter, l'art a ses bornes au-dela desquelles toute action est téméraire.

Tumeurs fongueuses sanguines accidentelles. — Les tumeurs fongueuses sanguines congénitales ont un caractère si tranché qu'on ne peut les confondre avec aucune autre espèce de tumeurs. Il n'en est pas de même de celles dont il est question maintenant. Ces tumeurs présentent dans leur développement, dans leur marche et dans leur terminaison, des phénomènes qui leur sont communs avec des tumeurs d'un autre genre, et qui les ont fait confondre avec elles. C'est ainsi que les Chirurgiens anglais ont décrit sous le nom de tumeurs fongueuses sanguiues, *fongus hæmatodes*, l'espèce de cancer que l'on peut appeler mou ou fongueux, remarquable par sa mollesse, par la rapidité de ses progrès, par la disposition caverneuse de son tissu, dont les cellules plus ou moins grandes sont remplies d'un liquide sanguinolent, et par la facilité avec laquelle il sort de la tumeur des excroissances en forme de champignons, lorsqu'on l'a ouverte ou qu'elle s'est ulcérée spontanément. M. le professeur Roux a le premier signalé cette méprise. Il a eu occasion de voir en Angleterre même, des tumeurs que les Chirurgiens du pays regardaient comme des fongus hématodes, et il a reconnu dans ces tumeurs des cancers mous et fonguenx. D'ailleurs il suffit de lire attentivement les Observations de *Fongus hématodes*,

publiées par les Anglais, pour se convaincre que la marche et la terminaison de ces tumeurs ont toujours été les mêmes que celles du véritable cancer.

D'un autre côté, on a quelquefois compris dans la classe des anévrismes, des tumeurs qui n'étaient probablement que des fongus sanguins, et qu'on est parvenu à guérir par des moyens qu'on ne pourrait appliquer au traitement de l'anévrisme sans faire périr le malade : telle était la tumeur dont M. A. Severin rapporte l'histoire (1). Cette tumeur qui avait un volume énorme, et qui présentait quelques-uns des caractères de l'anévrisme, et plusieurs de ceux des tumeurs fongueuses sanguines, était située à la partie supérieure et antérieure de la cuisse. Severin qui, comme on sait, était partisan outré du feu, l'attaqua avec le cautère actuel, et par des cautérisations réitérées parvint à la détruire. Y serait-il parvenu si elle avait été vraiment anévrismale ?

On trouve dans le bel ouvrage du célèbre Scarpa sur l'anévrisme, une observation sous le titre de *cas singulier d'anévrisme situé sur la crète du tibia près du genou*, qui est très-remarquable par la singularité des circonstances qu'elle présente, et peut-être aussi par son analogie avec la maladie qui fait le sujet de cet article. Nous allons en donner ici un extrait fort succinct.

Un jeune homme de 24 ans portait depuis long-temps sur la crête du tibia, à environ six travers de doigts de la rotule, une tumeur accompagnée de battemens,

(1) *De reconditâ Abscessuum Naturâ.* Cap. VIII, p. 199.

molle à son sommet et dure à sa base, qui paraissait formée par la substance même de l'os; il y avait en même temps une tuméfaction à la partie postérieure de la jambe, sous les muscles du mollet. Le jeune homme attribuait cette maladie à un coup de corne de bœuf qu'il avait reçu sur la même partie. Cette tumeur fut considérée comme un anévrisme de l'artère tibiale antérieure qui aurait détruit une partie du tibia. Le malade s'étant refusé à l'amputation qu'on lui proposa comme l'unique ressource, s'en retourna à Plaisance, d'où le docteur Morigi l'avait envoyé à Pavie. Un an après, la maladie avait fait des grands progrès, et le malade souffrant beaucoup, et ne pouvant se servir de son membre, demanda l'amputation qu'il avait refusée. Morigi la pratiqua, et immédiatement après, ayant injecté les vaisseaux du membre, l'envoya à Scarpa, qui ne fut pas peu surpris de trouver les artères tibiales et la péronière dans leur état naturel, et, au lieu d'un anévrisme, un sac formé aux dépens d'une portion du tibia entièrement détruite; les parois celluleuses de ce sac, que l'auteur compare à la face utérine du placenta, étaient parcourues par un grand nombre de vaisseaux dilatés, dont les extrémités avaient versé la matière de l'injection dans la cavité où elle était mêlée avec du sang. Le malade guérit; mais cinq ans après, le moignon de la cuisse devint douloureux, se tuméfia, et se transforma tout entier en une tumeur accompagnée de battemens et de crépitation. Le malade mourut de consomption, et Morigi, ayant injecté l'artère iliaque, envoya la pièce à Scarpa qui trouva le bout du fémur détruit jusqu'au

trochanter, et à la place une tumeur semblable à la première. Jusqu'à quel point cette maladie est-elle semblable aux tumeurs fongueuses sanguines?

Doit-on placer au nombre des anévrismes, ou des tumeurs fongueuses sanguines, la maladie singulière que Pott a observée, et qui, autant que son expérience le lui a appris, ne peut disparaître que par l'amputation du membre? Plusieurs Chirurgiens français n'ont pas hésité à la regarder comme un anévrisme, et lui ont donné le nom d'*anévrisme de Pott*. Mais nous croyons devoir nous abstenir de prononcer sur le caractère de cette maladie, imitant en cela la circonspection de ce célèbre praticien, qui ne sait quel nom lui assigner, ou dans quelle classe la ranger, et qui se borne à en donner une description exacte, que nous transcrivons ici.

« Elle a son siège au milieu du gras de la jambe, ou, pour mieux dire, plus vers sa partie supérieure, sous les muscles gastrocnémiens et soléaire. Elle commence par une tumeur petite, dure, profondément située, tantôt très-douloureuse, tantôt accompagnée d'une légère douleur, et qui empêche seulement le malade de marcher : cette tumeur n'altère pas la couleur naturelle de la peau, au moins jusqu'à ce qu'elle ait atteint un volume considérable. Elle grossit par degrés, elle ne s'amollit pas à mesure qu'elle prend du volume, mais elle reste dure et incompressible dans sa plus grande étendue, et lorsqu'elle est devenue très-grosse, elle paraît contenir un fluide qui en occupe le fond, ce qu'on peut apprécier par le toucher, ou qui repose en quelque

façon sur la partie postérieure des os. Si l'on pratique une ouverture pour évacuer ce fluide, il faut la faire très-profonde, et à travers une masse de chairs étrangement altérées. Ce fluide est ordinairement en petite quantité, et il consiste en une sanie mêlée avec du sang grumeleux. L'évacuation de ce fluide n'apporte à la tumeur qu'une très-petite diminution; et dans quelques cas que j'ai vus, il survient de violens symptômes d'irritation et d'inflammation, qui font des progrès rapides, qui sont accompagnés d'une douleur très-vive, et qui font en très-peu de temps périr le malade, ou par la fièvre qui est excessive et sans rémission, ou par la mortification de toute la jambe.

» Si l'on n'a point pratiqué l'amputation, et que le malade succombe, l'état de mortification et de putridité dans lequel on trouve les parties en ouvrant la tumeur, empêche tout examen satisfaisant. Mais si le membre a été amputé sans aucune autre opération préalable, ce que je regarde, d'après mon expérience, comme le seul moyen de conserver la vie du malade, on trouve l'artère tibiale postérieure grossie, altérée et rompue; les muscles du gras de la jambe convertis en une masse aussi étrangement altérée, et la partie postérieure, tant du tibia que du péroné, plus ou moins cariée (1). »

On trouve dans la *Clinique Chirurgicale* de M. Pelletan plusieurs exemples de tumeurs analogues, parmi lesquels nous citerons le suivant :

---

(1) *Œuvres Chirurgicales*, t. III, p. 58.

« Joseph Fleuraut, âgé d'environ 25 ans, se présenta à l'Hôtel-Dieu dans le courant de l'année 1806, pour une tumeur qu'il portait à la circonférence du haut de la cuisse du côté gauche. Cette tumeur ne changeait point la couleur de la peau; elle offrait généralement une mollesse égale, et même une espèce de fluctuation: l'on n'y découvrait pas la moindre apparence de pulsation; elle ne causait aucune douleur au malade; enfin, il serait difficile d'exprimer son volume, à cause de la largeur que lui donnait la circonférence de la cuisse, et de son élévation dans différentes parties du lieu qu'elle occupait. Je regardai cette tumeur comme tenant au scrophule, ou comme ce qu'on appelle un dépôt par congestion, d'autant plus qu'elle s'était développée à ce point dans l'espace d'environ dix-huit mois.

» J'ordonnai l'application d'un grand emplâtre de diachylon gommé et quelques remèdes internes analogues à l'idée que j'avais du vice scrophuleux. L'application emplastique fut continuée et renouvelée pendant un mois, et je croyais m'apercevoir, chaque fois que j'y regardais, que la tumeur prenait du volume, et une apparence plus grande de fluctuation, quoique la douleur ne s'accrût pas. Je me persuadai alors qu'il était indiqué d'y pratiquer une ouverture, et que la tumeur était assez échauffée pour pouvoir fournir une bonne suppuration. Afin de rendre encore cette propriété plus énergique, j'appliquai une traînée de pierre à cautère sur le côté externe de la tumeur, au lieu qui était le plus saillant et déclive. L'incision de l'escarre donna issue à une prodigieuse quantité de concrétion lympha-

tique albumineuse ou fibrile, de couleur jaunâtre, et telle que se présente le coagulum du sang privé de sa partie colorante. La compression de la tumeur dans les différens points de son étendue exprimait et portait au-dehors, chaque jour, une nouvelle quantité de cette concrétion; cependant elle fut bientôt accompagnée d'une suppuration sanieuse; la peau devint bleuâtre, et la partie malade très-douloureuse. La pourriture s'empara de différentes régions de la cuisse, et le malade mourut le dixième jour de l'ouverture du foyer.

» A l'ouverture du cadavre, je trouvai que le tissu cellulaire renfermait encore une grande quantité de la même substance, qu'elle était répandue indistinctement dans les grands intervalles qui séparent les muscles de cette région; enfin, à la partie postérieure semblait être un foyer particulier qui avait beaucoup contenu de matière, et où répondait l'artère nourricière de l'os fémur, corrodée, dilatée et irrégulièrement entr'ouverte. Il était évident que c'était là la source de l'épanchement sanguin opéré graduellement, et dont le sang s'était décomposé, sans pourriture, tant que la tumeur avait été intacte; mais suivant ce que nous avons déjà observé, il a suffi que le foyer communiquât avec l'air extérieur pour en déterminer la pourriture.

» On ne saurait confondre cette tumeur avec certaines tumeurs par congestion qui fournissent des concrétions analogues, mais qui sont, dans ces cas, contenues dans une poche ou kyste; tandis qu'ici la matière concrète s'était répandue indistinctement dans le tissu cellulaire et dans les intervalles des muscles. Ce cas est parfaite-

ment analogue avec celui de Pott et autres que nous avons comparés. »

Sennert a décrit sous le nom de fongus une tumeur qui, si elle n'est pas de la même nature que les tumeurs fongueuses sanguines, a du moins beaucoup d'analogie avec elles. Un enfant de dix ans ayant, en sautant, heurté violemment son pied gauche contre le sol, se fit une forte contusion à la région plantaire, près de l'articulation du petit orteil. Il se forma au-dessus de la malléole externe une tumeur qu'un empirique grossier et ignorant prit pour l'effet d'une luxation qu'il s'efforça de réduire. Cette tumeur fit des progrès, et s'étendit non-seulement sur toute la face supérieure du pied dont elle distendait fortement les tégumens, mais encore entre les os du métatarse, ensorte que les orteils étaient fort écartés les uns des autres. La peau avait conservé sa couleur naturelle. On essaya différens remèdes : tous furent inutiles. Un Chirurgien ayant cru sentir de la fluctuation dans cette tumeur, qui était molle et douloureuse, pratiqua une incision par laquelle il ne sortit que du sang, et qui fut bientôt bouchée par une substance semblable à de la graisse. Les jours suivans elle jeta des masses d'une substance spongieuse, pleine de sang noir. Une nouvelle tumeur se développa dans l'espace d'une nuit sous la plante du pied, vers l'articulation du petit orteil; on l'ouvrit, et il sortit bientôt par l'incision une substance charnue, spongieuse, remplie de sang qui suintait de sa surface. De nouveaux fongus d'un aspect horrible et dégoûtant s'élevèrent en d'autres endroits, et firent de tels progrès, que le pied était plus

gros que la tête de l'enfant. On pratiqua l'amputation partielle du pied entre l'astragale et le scaphoïde, le calcanéum et le cuboïde. La partie enlevée pesait environ trois livres; elle était convertie en une chair fongueuse, en partie corrompue et putride, et en partie graisseuse, visqueuse et poreuse. Cette opération ne servit à rien : la plaie se couvrit de nouvelles fongosités, dont le développement était si rapide, que rien ne pouvait l'arrêter : ce qu'on enlevait le jour se reproduisait pendant la nuit. Enfin, une tumeur considérable de même caractère se déclara dans l'aine; elle s'ouvrit d'elle-même; il en sortit des chairs fongueuses, et bientôt le malade mourut (1).

Les tumeurs fongueuses sanguines accidentelles peuvent se former dans toutes les parties du corps; mais on les a plus souvent observées sur les membres que dans les autres parties.

Tantôt le point sur lequel elles se développent a souffert une longue compression ou une contusion; tantôt, sans cause externe appréciable, une douleur obtuse et opiniâtre les précède, subsiste long-temps sans qu'on s'aperçoive du moindre changement dans la conformation de la partie. Il survient dans la suite, sans aucune altération de structure, ni de couleur à la peau, une tumeur d'abord petite, libre ou mobile, indolente, élastique, dont les progrès sont ordinairement lents, mais qui ne cesse de s'accroître, devient douloureuse quand elle est parvenue à un volume considérable, et augmente plus

---

(1) Fabricius Hildanus, *Cent.* II, *Obs.* 35, p. 110.

rapidement à l'occasion des violens efforts ou de quelque percussion de la partie qui en est le siége. Abandonnée à elle-même, cette tumeur prend quelquefois un accroissement énorme; la peau qui la couvre se distend et s'amincit; elle se rompt ou se mortifie dans le point de la plus grande distension; il survient des hémorragies fréquentes; le sang ne s'échappe qu'en bavant, la moindre compression suffit pour l'arrêter, mais jamais, ou bien rarement, d'une manière solide; un champignon ou fongus sort par l'ouverture de la peau, s'élève de plus en plus, saigne au plus léger contact; la fièvre s'allume, ou déja elle est établie par l'effet des douleurs; le malade meurt, épuisé par la perte de son sang et par les souffrances.

Ces tumeurs présentent quelquefois dans leur centre, ou dans un autre point de leur étendue, une espèce de fluctuation, qui pourrait d'autant plus aisément les faire prendre pour des abcès froids ou lymphatiques, qu'elle n'est remarquable ordinairement qu'à une époque avancée de la maladie; mais on évitera cette méprise en examinant attentivement la forme de la tumeur, toutes les circonstances qui ont précédé et accompagné son développement. Si on s'en laisse imposer par ce symptôme, qui tantôt est purement illusoire et ne dépend que d'un peu plus de souplesse dans un point quelconque de la tumeur, et tantôt provient effectivement d'une collection sanguine; si on s'en laisse imposer, dis-je, et qu'on ouvre la tumeur dans ce point fluctuant, il s'en échappe du sang liquide et noirâtre, soit qu'il se trouve déja épanché dans une cavité, soit qu'il suinte seulement de toute l'é-

tendue de la surface qu'on a mise à découvert. Le tamponnement et la compression ne suspendent l'effusion du sang que pour un temps : l'hémorragie se renouvelle sans cesse et peut devenir très-dangereuse.

Si l'on examine attentivement la substance qui forme ces tumeurs, on trouve le tissu cellulaire sous-cutané constamment transformé en une substance caverneuse, ayant tantôt la consistance fibreuse, tantôt se laissant facilement écraser sous les doigts, ordinairement blanchâtre, quelquefois d'un aspect gras et oléagineux, formant des aréoles ou mailles de grandeur inégale, mais communiquant toutes entre elles. Cette substance spongieuse dont la structure est si différente de la disposition naturelle du tissu cellulaire, et qu'on a comparée avec raison au placenta humain, et encore mieux à la rate, reçoit constamment plusieurs vaisseaux artériels plus ou moins dilatés qui versent le sang dans ses aréoles, et des veines qui l'y reprennent. La peau conserve son état naturel; elle ne participe pas à l'organisation caverneuse du tissu cellulaire, et son altération qui n'a lieu que consécutivement, est le simple résultat de sa distension; mais alors elle est amincie et adhère à la tumeur. Quelquefois la maladie ne fait de progrès que dans le tissu cellulaire sous-cutané et entre les muscles voisins, qu'elle écarte et qu'elle amincit sans les altérer autrement. Mais bien plus souvent les muscles eux-mêmes éprouvent la même altération que le tissu cellulaire, et sont convertis en une substance caverneuse. Dans les tumeurs de ce genre très-volumineuses, on observe une différence notable entre la consistance de la couche extérieure, et celle

du reste du fongus : cette couche, sans former un kyste distinct, comme dans l'athérôme et le méliceris, offre quelquefois la ténacité des ligamens ou des cartilages, et quelquefois même on y rencontre des points ossifiés et des sortes d'esquilles, quoique les os du voisinage ne soient pas détruits, comme ils le sont par les anévrismes et les tumeurs fongueuses lymphatiques. Le plus souvent les gros vaisseaux sanguins placés dans le voisinage de ces tumeurs n'en éprouvent aucune altération; cependant quelquefois leurs parois sont affectées, ouvertes, criblées même par une suite de l'extension de cette dégénération aréolaire; mais jamais percées d'une ouverture unique.

Les causes de cette maladie sont inconnues : elle se développe le plus souvent sans avoir été précédée d'un accident quelconque auquel on puisse la rapporter. D'ailleurs, le genre d'altération qui la constitue ne saurait être expliqué par aucune cause mécanique; toujours est-il vrai que quand une fois elle est formée, une violence extérieure, un effort, une percussion hâte ses progrès et la rend douloureuse. On remarque même que ces causes donnent lieu à une ecchymose qui s'étend au loin, et qui prouve qu'il y a eu rupture de quelqu'une des cellules du tissu aréolaire dans lequel le sang est contenu; mais les suites de cet accident sont bientôt dissipées, et il ne reste que l'augmentation du volume de la tumeur.

Le diagnostic de ces sortes de tumeurs est toujours très-difficile : elles ressemblent tellement aux abcès froids ou lymphatiques, que les praticiens les plus habiles ont souvent bien de la peine à distinguer ces deux espèces

de tumeurs l'une de l'autre. Ce n'est ordinairement qu'à l'ouverture de la tumeur qu'on en reconnaît le caractère, soit que cette ouverture soit l'ouvrage du Chirurgien, ou qu'elle ait eu lieu spontanément. Une remarque importante à faire, c'est que les tumeurs fongueuses sanguines ne sont presque jamais bien circonscrites, parce qu'elles envoient, pour ainsi dire, des prolongemens profonds qui s'étendent au loin, et qui ont si peu de relief, qu'on n'est presque jamais sûr d'avoir bien distingué leurs limites. Deux observations curieuses, dont l'une nous est propre et avait déjà été publiée, mais d'une manière incomplète, seront propres à mettre cette circonstance importante dans tout son jour.

N. Pochard, (1) militaire, âgé de 26 ans, d'une constitution molle et délicate, éprouva dans l'avant-bras gauche, une sensation qu'il exprimait en disant qu'il sentait une *fusée passer dans ce membre.* Quelques jours

---

(1) *Voy.* le Journal de Médecine, Chirurgie et Pharmacie, par MM. Corvisart, Leroux et Boyer, tom. I, p. 41. Lorsque cette observation fut publiée, il y avait déjà quelque temps que j'avais lieu de croire le malade guéri : la cicatrice s'était achevée sous mes yeux, et je n'avais plus entendu parler de lui, quoique je lui eusse recommandé de me prévenir des changemens qui pourraient survenir. Cependant la maladie s'était déjà reproduite, comme on va le voir; mais comme elle avait fait peu de progrès, le malade ne vint me consulter que plus tard. Je dois donner la suite de ce cas instructif, comme un hommage à la vérité.

après il aperçut à la partie antérieure supérieure externe, une petite tumeur du volume d'une aveline, molle, sans fluctuation, indolente, circonscrite, sans altération de la peau, et dont les progrès fort lents pendant trois ans, devinrent beaucoup plus rapides à l'occasion d'un effort que le malade fit pour tirer un seau d'eau d'un puits. Il survint immédiatement après, une ecchymose qui s'étendit à tout l'avant-bras, mais qui se dissipa en peu de temps. Les douleurs que le malade souffrait l'obligèrent de venir à Paris consulter les praticiens les plus célèbres, qui varièrent entr'eux sur la nature de la tumeur, mais qui s'accordèrent sur la nécessité de l'ouvrir. Elle fut ouverte, en effet, par l'application de la potasse caustique et l'incision de l'escarre; mais il ne sortit par l'ouverture que du sang noirâtre, en partie fluide et en partie coagulé, au lieu de pus mal élaboré qu'on s'attendait à y trouver. Durant les quinze premiers jours on fut obligé à chaque pansement d'arrêter une hémorragie qui avait lieu par toute la surface de la plaie, et l'on n'en vint à bout qu'au moyen d'une compression qui s'étendait à toute cette surface : la suppuration s'établit alors, et la cicatrice ne tarda pas à se former.

La tumeur se reproduisit bientôt et acquit en onze mois un volume plus considérable que celui qu'elle avait eu jusque-là. Cette fois elle fut incisée dans toute sa longueur, et vidée des caillots qu'elle contenait et de la substance spongieuse qui la formait. On trouva dans le fond des concrétions osseuses irrégulières dont on fit l'extraction, et que l'on considéra comme la cause de la maladie. Cette opération eut les mêmes suites immédiates

et aussi peu de succès que la première, et un mois après la cicatrisation de la plaie, la tumeur reparut, et acquit dans l'espace d'un an le volume du poing. Elle était alors molle, mais sans fluctuation, circonscrite, et le retour des douleurs en augmentait sensiblement le volume et causait un sentiment de tension dans la partie. Le malade ne pouvait indiquer d'autre cause apparente de la maladie que la gêne causée par une manche trop étroite, et la compression exercée dans ce même lieu par la batterie de son fusil. Des consultans furent rassemblés, et quelques-uns justement alarmés par l'anomalie et l'opiniâtreté de cette tumeur, proposèrent l'amputation du bras. Je fus d'avis de tenter une extirpation, qui pourrait fournir quelques lumières sur la nature de la cause, et qui n'excluait pas la ressource du moyen extrême s'il devenait seul applicable.

Cette opération fut pratiquée le 4 mai 1799, en présence de notre respectable collègue Sabatier. L'artère brachiale étant comprimée, la tumeur, dont la forme était ovalaire, fut cernée par deux incisions semi-elliptiques, et séparée des muscles auxquels elle adhérait; l'artère radiale altérée, passait par le centre de la tumeur, ensorte qu'il fallut la lier haut et bas, et la retrancher dans l'intervalle des ligatures; le fond de la plaie paraissait sain et complètement vidé de tout ce qui avait fait partie de la tumeur; la simplicité des suites de l'opération et la promptitude de la cicatrisation, qui était complète dès le cinquantième jour, parurent confirmer cette opinion, d'autant mieux fondée en apparence, qu'il était assez naturel d'attribuer à l'état contre nature de la por-

tion d'artère radiale qui avait été enlevée, la formation d'une tumeur qui ne contenait que du sang, et qu'il n'y eut pas la moindre hémorragie durant les pansemens subséquens.

Mais deux mois après, la cicatrice était déjà soulevée par une nouvelle tumeur de la même nature que la première, et quatre mois plus tard, époque à laquelle je revis le malade, elle égalait déjà le volume de la tête d'un enfant nouveau-né, et causait des douleurs très-vives qui étaient dues évidemment au tiraillement de toutes les parties environnantes. Je déclarai pour-lors que l'amputation du bras était la seule ressouce; mais le malade qui était jeune, ayant de la peine à se résoudre à la perte de son membre, exigea qu'avant de pratiquer l'amputation, je m'assurasse de nouveau qu'elle était indispensable : je fus donc obligé, pour le satisfaire, d'inciser la tumeur dans toute sa longueur, et m'étant assuré de son caractère cancéreux, je passai immédiatement à l'amputation du membre vers le milieu du bras. L'opération eut le succès le plus complet : le malade n'est mort que quatre ans après de phthisie pulmonaire, ayant déjà perdu plusieurs parens par la même maladie : pendant les quatre années, le moignon a conservé son état naturel.

La dissection du membre amputé nous fit voir que la tumeur était composée d'une substance caverneuse, aréolaire, formée aux dépens du tissu cellulaire et contenant du sang dans son intérieur; elle n'offrait aucune apparence de vaisseaux dilatés, s'étendait aux trois quarts supérieurs de la face antérieure de l'avant-bras, dans l'intervalle des muscles déplacés et amincis sans aucune

autre altération, et pénétrait jusqu'au ligament inter-osseux qui était sain, ainsi que les os (1).

Une femme portait à la partie supérieure postérieure de la cuisse, une tumeur du même genre, d'un volume médiocre, et paraissant bien circonscrite. M. Cousin, docteur en médecine, chargé du soin de la malade, réclama nos conseils et ceux de notre collègue M. Dubois; nous conseillâmes l'amputation de la tumeur, qui fut faite sous nos yeux avec le plus grand soin; les muscles furent isolés et, pour ainsi dire, disséqués, comme pour une préparation anatomique, dans la recherche de toutes les jetées profondes que la tumeur formait dans leurs interstices. Les suites de l'opération furent très-simples et la cicatrisation rapide; néanmoins peu de temps après la tumeur reparut, et s'étant étendue vers le haut, jusques dans la partie inférieure de la fesse, il fut impossible de songer à une nouvelle extirpation, ni à l'amputation du membre, et la malade mourut des progrès de la maladie.

Le pronostic de ces sortes de tumeurs est toujours fâcheux; mais il l'est plus ou moins selon leur situation, la rapidité de leurs progrès et leur étendue. Quand elles sont peu volumineuses et situées de manière à pouvoir être extirpées, le pronostic est moins fâcheux; cependant

(1) C'est par erreur que le professeur Lassus (*Path. Chir.*, tom. I, p. 492), qui avait été consulté pour le malade dont il est ici question, a rangé cette maladie parmi les tumeurs fongueuses lymphatiques du périoste.

on n'est jamais sûr alors qu'après avoir été enlevée, la tumeur ne se reproduira pas. Celles que leur volume et leur situation ne permettent pas d'extirper sont d'autant plus graves qu'on ne peut les guérir qu'en amputant le membre. Mais les plus graves de toutes sont celles qui ont fait de tels progrès vers le tronc que l'amputation du membre ne peut pas être pratiquée : la maladie alors est absolument incurable, et fait périr le malade, soit par la violence et la continuité des douleurs, soit par la fréquence des hémorragies, quand la tumeur vient à s'ouvrir.

On ne peut guérir les tumeurs fongueuses sanguines dont il est question ici, qu'en les emportant entièrement, ou en amputant le membre, lorsque la situation et le volume de la tumeur ne permettent pas son ablation. La simple incision de la tumeur est non-seulement inutile, mais encore dangereuse; et comme les fausses apparences de fluctuation et les difficultés qui accompagnent souvent le diagnostic, peuvent tromper facilement les gens les plus éclairés, on ne saurait trop répéter qu'il est important d'éviter cette erreur, ordinairement funeste au malade. Un des praticiens qui ont le plus illustré la chirurgie française, J.-L. Petit, est celui qui a le plus insisté sur le danger de l'ouverture de ces tumeurs, sur les fausses apparences de fluctuation qu'elles présentent, et sur la nécessité de les emporter jusqu'au-delà de leur base, quand il est arrivé qu'elles ont été ouvertes par méprise, ou extirpées incomplètement. Il raconte plusieurs faits qui prouvent, sans replique, la sagesse de son conseil; ainsi, s'il arrive que s'étant laissé abuser, on

ait plongé le bistouri dans une tumeur de ce genre, ou que la gangrène ait détruit une portion de la peau qui la couvre, on devra se hâter de faire l'amputation ou l'extirpation totale de la maladie; mais si cette opération n'est pas praticable, on se contentera d'exercer sur toute l'étendue de la plaie et de l'intérieur de la tumeur, une compression égale et suffisante pour s'opposer à l'hémorragie, et prévenir, s'il est possible, le développement des fongus qui rendent le cas désespéré toutes les fois qu'ils se montrent. On ne touchera à l'appareil qu'autant que la suppuration sera bien établie, à moins qu'on n'y soit forcé par l'hémorragie. Heureux si l'on obtient ainsi une inflammation suffisante pour fermer les aréoles ouvertes, servir de digue au sang, et amener la cicatrice!

L'ouverture de la tumeur par les caustiques a tous les inconvéniens de celle qu'on fait avec l'instrument tranchant; on espérerait en vain que l'action de ces substances s'étendant jusqu'à l'intérieur, détruisît une partie de la tumeur dont on se promettrait de détruire le reste par de nouvelles applications.

L'extirpation, l'amputation de la tumeur, ou l'amputation du membre qu'elle occupe, sont donc les seuls moyens par lesquels on puisse entreprendre la guérison de cette maladie. Lorsque la situation et le volume de la tumeur permettent d'en faire l'ablation, il vaut mieux, en général, emporter la peau qui la couvre que de la conserver, parce qu'en la conservant il serait à craindre que le tissu cellulaire, dont on ne peut jamais la dépouiller entièrement, eût une disposition maladive qui

favoriserait la reproduction du fongus. On doit aussi s'attacher avec soin à enlever toute la substance de la tumeur, et les jetées qu'elle peut avoir formées entre les muscles, lorsqu'on les aperçoit. Ce n'est qu'à ces conditions que l'on peut espérer de guérir la maladie radicalement, et encore même lorsqu'on croit avoir tout enlevé, n'est-on jamais sûr que la maladie ne se reproduira pas.

Mais quand la tumeur est très-volumineuse, qu'elle occupe un grand espace dans l'épaisseur d'un membre, et qu'elle fait tous les jours de nouveaux progrès, l'amputation du membre est inévitable. Il est cependant essentiel de remarquer que, pour prendre ce parti avec espoir de succès, il faut que l'on soit sûr de la circonscription de la tumeur, au moins du côté qui correspond au tronc, et que la maladie soit placée à une assez grande distance de ce dernier, pour que l'on puisse pratiquer l'opération assez loin de la tumeur elle-même. Sans ces conditions on court risque de ne pas emporter la totalité de la maladie, et de la voir revenir.

Nous terminerons cet article par quelques détails succincts sur les altérations congénitales de la peau, connues sous les noms de *nævi materni*, *genitivæ notæ*, et plus communément sous ceux d'envies, taches de naissance.

Les taches de naissance peuvent se montrer dans toutes les parties du corps; mais on les rencontre plus fréquemment dans les parties supérieures, et sur-tout au visage. Elles consistent quelquefois en une simple altération de la couleur de la peau; d'autres fois cette

circonstance est jointe à une élévation sensible, et dans d'autres cas, des poils d'une consistance et d'une longueur variables y prennent leur origine. La couleur que la peau contracte est tantôt jaunâtre, tantôt plus ou moins brune, tantôt d'un rouge foncé; dans ce dernier cas, elle prend plus d'intensité à l'occasion des passions violentes qui accélèrent la circulation du sang; dans le temps de la menstruation chez les femmes, etc.; quelquefois même le point altéré devient la voie d'une aberration menstruelle. La tuméfaction, dans le cas où elle existe, est toujours médiocre, et la surface de ces tumeurs plates est plus ou moins inégale, quelquefois comme chagrinée ou mamelonnée. Les diverses combinaisons de toutes ces circonstances ont fait comparer ces difformités à des corps connus, comme des cerises, des groseilles, des framboises, des fraises, etc., avec lesquels elles ont une ressemblance plus ou moins éloignée.

Les taches de naissance n'intéressent jamais que le tissu muqueux ou réticulaire de la peau, dont quelquefois la couleur est seulement altérée; d'autres fois, ce corps est gonflé, et, dans d'autres cas, ses vaisseaux sanguins ont acquis un développement extraordinaire. L'altération s'étend jusqu'aux bulbes des poils, lorsque ceux qui poussent sur la tache ont pris une couleur, une consistance, ou un développement contre nature.

Jamais les taches de naissance ne sont accompagnées de danger; leurs effets se bornent à la seule difformité, et quand ces taches ne sont pas situées sur des parties du corps habituellement à découvert, il est rare que

ceux qui les portent s'en occupent. Mais si elles sont placées sur la face, on peut désirer de s'en débarrasser. Les caustiques ou l'instrument tranchant sont seuls capables de détruire une difformité qui intéresse une partie du tissu de la peau; mais comme ces moyens laissent une cicatrice qui est elle-même une difformité, on ne doit y avoir recours que quand l'aspect de cette cicatrice doit être moins désagréable que celui de la tache elle-même.

Article IX.

Du Squirrhe (1).

Le squirrhe est une tumeur dure, mobile, circonscrite, égale, rénitente, ordinairement indolente, ou peu douloureuse au toucher.

Cette maladie offre de nombreuses différences, rela-

---

(1) La maladie connue sous le nom de cancer présente des variétés si nombreuses et si grandes, qu'il est impossible de la caractériser par une définition générale. En adoptant l'ancienne divisiou de *squirrhe* et de *cancer*, nous n'entendons rien préjuger contre l'identité de ces affections. Quoique notre langage s'éloigne un peu de celui de quelques laborieux investigateurs, nous n'en rendons pas moins justice à leurs travaux, dont nous sommes disposés à faire notre profit, dès qu'ils se rattacheront à la chirurgie-pratique; en attendant, nous continuerons à considérer séparément ces deux maladies, ou, si l'on veut, ces deux états de la même maladie.

tives aux parties qu'elle affecte, au volume de la tumeur, à ses causes, à sa marche, à sa durée et à sa terminaison.

Le squirrhe peut survenir à toutes les parties du corps; mais il attaque plus ordinairement les testicules, les mamelles chez la femme, les glandes lymphatiques, la matrice, les ovaires. Il attaque moins fréquemment le globe de l'œil, la langue, la verge et les autres organes non glanduleux. L'extrémité inférieure de l'anus en est quelquefois le siège. On le rencontre assez souvent au pylore, au cœcum, au foie, à la rate, etc.

Cette maladie n'affecte pas tous les âges indifférement; on l'observe rarement dans l'enfance et la jeunesse; on ne la voit guère au sein chez les femmes avant l'âge de vingt-cinq à trente ans, et c'est de quarante à cinquante ans qu'elle se montre le plus souvent. Elle se manifeste ordinairement chez elles à l'époque de la cessation des menstrues, et plus souvent chez celles qui ont été sujettes à quelqu'irrégularité dans cette fonction, et surtout chez celles qui ont vécu dans le célibat.

Quelquefois le squirrhe est fort petit, comme lorsqu'il a son siège dans une glande lymphatique, d'autres fois il est d'un volume médiocre, comme on l'observe ordinairement au sein chez la femme, et dans le testicule chez l'homme; mais dans ce cas il est dur, douloureux, inégal, et dégénère fréquemment en cancer; d'autres fois, quoique le squirrhe soit très-volumineux, il est en même temps souple, élastique, indolent, ne gêne que par son poids, par son volume et par le

tiraillement ou par la compression qu'il exerce sur les parties environnantes; dans ce dernier cas, la dégénération cancéreuse est moins à craindre, et si la maladie n'affecte pas, ou ne gêne pas un organe essentiel à la vie, les malades peuvent parvenir à un âge très-avancé.

Trop de faits attestent que la cause immédiate du squirrhe ne se borne pas toujours à la partie où elle a manifesté son action, pour qu'on puisse douter que le squirrhe, ainsi que toutes les affections cancéreuses, ne soit le plus ordinairement l'effet d'une diathèse particulière dont le principe est tout-à-fait inconnu. Quant aux causes occasionnelles, elles peuvent être distinguées en externes et en internes. Au nombre des premières, on doit compter l'application inconsidérée des topiques répercussifs sur les organes glanduleux enflammés, les violences extérieures capables de ne produire qu'une inflammation légère, telles que les contusions, les frottemens et les compressions long-temps et fréquemment réitérés, et les applications irritantes, quelle que soit leur nature; cependant il est rare que le squirrhe dépende d'une cause externe.

Les causes internes du squirrhe sont la suppression d'une évacuation sanguine habituelle, comme les hémorroïdes, les menstrues, les fleurs blanches; de la suppuration de certains ulcères anciens; les vices vénerien, dartreux, psorique, scrophuleux, arthritique.

L'observation a démontré que le séjour dans une atmosphère humide et froide, le défaut d'exercice, une mauvaise nourriture, des chagrins profonds et durables, favorisent le développement du squirrhe, déterminé

d'ailleurs et produit par des causes propres. L'exemple de plusieurs individus de la même famille, qui, doués sensiblement de la même constitution, ont été successivement affectés de squirrhe, ne laisse guère douter de la propriété héréditaire de cette maladie; et, dans ce cas, elle offre toutes les variétés qu'on observe d'ordinaire dans la transmission des autres maladies qui partagent avec elle cette propriété.

Les signes du squirrhe sont faciles à déduire de ses caractères et de ses différences. Ainsi il se présente sous la forme d'une tumeur circonscrite, égale, mobile sous la peau à laquelle elle n'est point adhérente, non plus qu'aux parties sous-jacentes, plus dure que les tumeurs enkystées, dont elle diffère surtout par le défaut d'élasticité, sans changement de couleur à la peau, quelquefois douloureuse et causant une sensation de pesanteur et de distension, le plus souvent indolente et n'incommodant que par son poids, quelquefois peu volumineuse, comme lorsqu'elle est bornée à une glande lymphatique ou à une portion du sein chez la femme, d'autres fois ayant envahi presqu'en même temps la totalité de l'organe dans lequel elle est survenue, comme on le voit quelquefois au sein et au testicule; et dans ce dernier cas, si elle devient bosselée, douloureuse, elle ne tarde pas à prendre tous les autres caractères du cancer. Tantôt après son premier développement, la tumeur ne fait pas de nouveaux progrès, et pour lors elle est indolente, et peut subsister dans cet état toute la vie; quelquefois elle s'accroît durant un certain temps en causant des douleurs proportionnées à son accroissement; puis

elle reste stationnaire et indolente pendant un temps plus ou moins long; d'autres fois son accroissement est pour ainsi dire périodique, comme on l'observe quand elle a son siége au sein chez les femmes dont la menstruation éprouve quelque résistance; on voit alors les douleurs reparaître et la tumeur s'accroître à chaque retour de cette fonction, tandis que les douleurs diminuent dans l'intervalle, aussi bien que la masse squirrheuse; ce qui peut faire croire à un changement en bien, surtout si l'on emploie en même temps un traitement auquel on puisse attribuer ces apparences d'amélioration; mais si l'on est attentif, on s'assurera aisément que cette diminution de volume n'est due qu'à la cessation de l'orgasme que la menstruation avait produit, tandis que la tumeur est réellement augmentée.

Les symptômes dont nous venons de parler, caractérisent assez bien le squirrhe, pour qu'on ne le confonde pas avec des tumeurs d'une autre nature; cependant on a pris quelquefois une tumeur enkystée à base dure, pour un squirrhe, et cela nous est arrivé une fois; mais cette méprise n'est d'aucune conséquence, attendu que l'extirpation convient également à l'une et à l'autre de ces deux espèces de tumeurs.

Le squirrhe dégénère si fréquemment en cancer, que l'on regarde généralement la première de ces maladies comme le germe ou le premier degré de la seconde. Et en effet, l'expérience journalière apprend que le squirrhe, soit qu'il ait été produit par une cause externe, soit qu'il se soit développé spontanément et sans cause connue, se convertit presque toujours en cancer : je dis

presque toujours, parce qu'on voit des squirrhes qui subsistent pendant long-temps, et même toute la vie, sans causer aucune incommodité et sans dégénérer en cancer. La dégénération cancéreuse est donc la terminaison la plus ordinaire du squirrhe. Cette dégénération survient quelquefois à la suite d'un traitement intérieur mal-entendu, et sur-tout d'applications irritantes sur un squirrhe qui paraissait destiné à conserver son caractère bénin, et à ne causer aucune incommodité; mais le plus souvent elle est due au vice interne préexistant au développement du squirrhe, qui est le premier degré du cancer. Quand le squirrhe commence à dégénérer en cancer, il éprouve des changemens successifs dont nous parlerons par la suite.

Nous avons déjà dit que le squirrhe peut cesser de prendre de l'accroissement, et demeurer stationnaire et indolent pendant un temps fort long : cet état peut même durer toute la vie, et c'est ce qui arrive assez souvent aux tumeurs de cette espèce, qui ont leur siège dans les glandes lymphatiques sous-maxillaires, dans celles du mésentère, dans le foie, dans l'ovaire, etc., lesquelles passent rarement à l'état cancéreux.

Enfin, il arrive, quoique rarement, que le squirrhe se termine par résolution, et que la tumeur disparaît plus ou moins complètement. Il n'est pas facile de dire ce qui se passe dans ces tumeurs lorsque cette heureuse terminaison a lieu; on peut juger seulement par analogie, qu'elle est due au rétablissement des fonctions du système absorbant; mais ce qui est bien démontré, c'est que tout topique et toute erreur de régime capables d'exciter de

l'irritation dans ces tumeurs, sont diamétralement opposés à la terminaison par résolution, et ne manquent guère de produire la dégénération cancéreuse; observation qui doit rendre extrêmement circonspect dans le choix des moyens que l'on regarde comme propres à favoriser la résolution.

Le pronostic du squirrhe se déduit de l'âge et du tempérament du malade, du siège de la maladie, de son ancienneté, de son état et de ses causes.

Ainsi, le squirrhe est beaucoup plus fâcheux chez les adultes; chez eux, l'affection cancéreuse est bien plus commune que chez les jeunes sujets, où cette maladie est infiniment rare, et chez lesquels le travail de la résolution est plus aisé.

Les personnes d'un tempérament bilieux, d'une constitution irritable et d'un caractère triste et soucieux, sout plus sujettes au squirrhe, qui, chez elles, dégénère aussi plus communément en cancer.

Le squirrhe qui affecte une organe essentiel à la vie, est bien plus grave que celui qui n'attaque qu'une partie dont les fonctions sont moins importantes.

Le squirrhe ancien, celui surtout dans lequel il se manifeste des élancemens, et dont la surface devient inégale, est extrêmement grave; car la dégénération cancéreuse a déjà commencé.

Celui qui dépend d'une cause externe est le moins fâcheux de tous, mais cette espèce est fort rare; celui qui dépend d'une cause interne connue, et dont la destruction est au pouvoir de l'art, peut, sinon être résous complètement, du moins être amené à cet état station-

naire et indolent sous lequel il cesse d'être dangereux, ou bien être extirpé avec succès et sans danger de récidive : enfin, celui qui se manifeste spontanément, sans cause externe ni interne connue, comme cela arrive le plus souvent chez les femmes à l'époque de la cessation des règles, est le plus dangereux de tous; car presque toujours alors il dépend de la diathèse cancéreuse qui est restée occulte jusque-là, et qui se manifeste par le développement du squirrhe.

Quand on entreprend le traitement du squirrhe, le premier soin que l'on doit avoir, consiste à déterminer s'il est ou non susceptible de résolution. Lorsque le squirrhe est récent, petit, peu sensible ou indolent, qu'il cède à l'impression du doigt, ou qu'il n'est point d'une dureté extrême, que le malade est jeune et d'une bonne constitution, que la maladie dépend d'une cause externe, ou d'une cause interne connue dont la destruction est possible, et surtout lorsque la tumeur n'a pas déjà été tourmentée par des tentatives infructueuses de résolution, il est permis d'espérer du succès d'un traitement méthodique; mais, dans les circonstances opposées, l'extirpation est le seul moyen que l'on puisse mettre en usage.

Si la résolution est jugée possible, il importe d'abord de rechercher les causes évidentes ou probables de la maladie, afin de régler sur cette connaissance le plan du traitement qu'on se propose.

La suppression d'une évacuation habituelle sanguine ou autre, est souvent regardée comme la cause du squirrhe; et si l'on peut saisir un rapport évident entre

ces sortes d'évènemens et la maladie dont il s'agit, on doit faire tous ses efforts pour rétablir l'évacuation supprimée, soit par des moyens hygiéniques, comme lorsqu'il s'agit des menstrues, des hémorroïdes; soit par des applications médicamenteuses, comme dans les cas de leucorrhée, que l'on peut rappeler par des injections ou des fumigations relâchantes, ou comme dans les vieux ulcères, que l'on peut rouvrir par l'emploi des rubéfians. On peut aussi imiter par l'application des sangsues les évacuations sanguines lorsque la nature se refuse à leur reproduction, quoique les effets de cette évacuation artificielle soient bien au-dessous de ceux d'une hémorragie active établie par la nature elle-même. Mais il ne faut pas s'abuser : bien souvent la suppression d'une évacuation habituelle n'est qu'une circonstance secondaire, une conséquence du squirrhe, dépendant lui-même d'une cause interne bien plus grave. Néanmoins, même dans ce dernier cas, la suppression d'une évacuation habituelle ne peut qu'ajouter aux causes suffisantes de maladie qui existent déjà, et aggrâver leurs effets.

Le virus vénérien donne souvent lieu à des engorgemens accompagnés de peu d'inflammation, et qui passent facilement à l'état squirrheux. Dans ce cas, le traitement propre aux affections de ce genre réussit complètement, comme nous pourrions en citer plusieurs exemples, dont le plus grand nombre concerne des engorgemens des testicules, et qui trouveront leur place, lorsque nous traiterons des maladies considérées suivant les organes qu'elles affectent.

Un traitement inconsidéré de la gale, des dartres, peut donner lieu à des engorgemens susceptibles de devenir squirrheux. La première de toutes les indications alors, est de renouveler la gale par la contagion, ou de rappeler la dartre par l'application d'un rubéfiant sur son siège primitif, et de traiter ensuite convenablement l'une ou l'autre de ces affections.

Il faut, en outre, garantir la peau des variations de la température atmosphérique, capables d'altérer ses fonctions, et entretenir avec le plus grand soin la transpiration cutanée par des vêtemens convenables, par des frictions sèches sur toute l'habitude du corps, et même par des boissons légèrement diaphorétiques; car on a observé que le froid humide est singulièrement propre à accélérer les progrès du squirrhe. Aussi, si le malade habite un lieu dont l'atmosphère soit ordinairement dans ces conditions désavantageuses, et que sa fortune lui permette de changer d'habitation, il ne faut pas manquer de lui en donner le conseil.

Quand on a rempli les indications particulières relatives à la cause du squirrhe, ou lorsque ces indications n'existent point, on doit avoir recours aux moyens généraux, soit diététiques, soit médicinaux. En général, il faut interdire au malade l'usage des alimens âcres et irritans, et l'abus des liqueurs alcoholiques; mais le régime doit varier selon le tempérament des malades: il doit être relâchant et rafraîchissant pour les sujets sanguins; légèrement excitant pour ceux d'un tempérament lymphatique; délayant et adoucissant pour les bilieux; l'exercice sera modéré, il est même des cas où le

repos est nécessaire, l'exercice pouvant augmenter l'irritation; on doit éviter avec le plus grand soin les affections tristes de l'âme.

Lorsque le sujet est jeune, vigoureux, d'un tempérament sanguin, et qu'une évacuation sanguine habituelle a été supprimée, on pratique avantageusement une saignée, ou l'on applique quelques sangsues. Dans tous les cas, on prescrit d'abord les délayans sous forme de tisanes, d'apozèmes, de bouillons; puis on fait succéder les apéritifs, tels que le suc épuré de chicorée sauvage, de cerfeuil, de fumeterre, de buglosse, auquel on ajoute ensuite des doses convenables d'un sel neutre, tel que le sulfate de soude ou de magnésie; après quoi on passe à l'usage des fondans, soit végétaux, soit minéraux, dont on a soin cependant de ne pas pousser l'emploi jusqu'au point d'altérer les organes digestifs, et qu'on suspend de temps en temps pour placer des purgatifs plus ou moins actifs, suivant la sensibilité du sujet.

Parmi les fondans que fournit le règne végétal, l'extrait de ciguë a joui d'une grande célébrité, que l'expérience n'a point justifiée. En effet, il n'existe peut-être pas une seule observation bien authentique d'un squirrhe vrai guéri par son moyen. Nous l'avons employé très-souvent, et quoique nous en ayons porté la dose très-haut, et que nous ayons mis beaucoup de constance dans son usage, nous pouvons affirmer n'en avoir jamais retiré un avantage marqué. Au reste, lorsqu'on croit devoir faire usage de ce remède, on le donne en pilules, d'abord à la dose de deux grains par jour, puis de quatre, et l'on augmente successivement jusqu'à ce que son

action sur l'économie animale commence à se manifester par des vertiges, des nausées, etc. Alors on cesse d'augmenter la dose; on peut même la diminuer si le malade paraît très-incommodé de ces symptômes. On a soin de le purger tous les quinze à vingt jours.

Le traitement interne du squirrhe doit être secondé par les topiques, et l'usage de ceux-ci doit être réglé sur les mêmes principes que celui des remèdes internes. Ainsi on employera d'abord les émolliens et les relâchans, tels que les cataplasmes de farine de graine de lin et d'eau de guimauve, la vapeur d'eau chaude, etc.; ensuite, lorsque le squirrhe commencera à se ramollir, et qu'il sera devenu indolent, s'il était douloureux auparavant, on remplacera les émolliens par les résolutifs et les fondans. Mais comme il est toujours à craindre d'exciter de l'irritation dans la tumeur, on commencera par les résolutifs les plus doux, que l'on associera même aux émolliens; ensuite on emploiera des résolutifs plus actifs et des fondans. Ainsi, on peut rendre les cataplasmes indiqués ci-dessus, légèrement résolutifs, en ajoutant de la farine de fêves de marais à celle de graine de lin, et en faisant cuire ces farines avec une décoction de fleurs de sureau, de camomille et de mélilot, ou avec de l'eau de savon peu chargée. On rendra ces cataplasmes de plus en plus résolutifs, en diminuant progressivement la quantité de la farine de graine de lin, et en chargeant davantage l'eau de savon. Lorsqu'on juge convenable d'employer des topiques plus actifs, on a recours aux solutions savonneuses ou alkalines très-étendues, aux gommes ammoniac, galbanum, sagapénum, dissoutes dans le

vinaigre, aux emplâtres de savon camphré, de ciguë, de vigo *cum mercurio*, au muriate d'ammoniac ou de soude, bien desséché, réduit en poudre, et renfermé dans un sachet de toile fine, aux fumigations de vinaigre évaporé à un feu lent, etc.

Si les moyens dont nous venons de parler, ou d'autres analogues, procurent une diminution sensible de la tumeur, on peut en continuer l'usage. Mais si, malgré le traitement le plus méthodique, la tumeur conserve sa consistance et son volume, si elle augmente au contraire, et surtout si elle devient douloureuse, il ne reste plus aucun espoir de résolution, et l'on doit renoncer sur-le-champ à l'emploi de moyens dont l'inutilité est évidente, et qui, continués plus long-temps, deviendraient dangereux, en hâtant la dégénération cancéreuse de la tumeur. Dans ce cas, comme dans celui où l'on a jugé d'abord toute tentative de résolution inutile, le seul parti que l'on puisse prendre, est celui d'emporter la tumeur squirrheuse avec l'instrument tranchant. Trop heureux si l'on pouvait avoir la certitude alors qu'il n'existe pas un vice général qui a donné lieu à la maladie, et qui est capable de la reproduire ! Mais le plus souvent le squirrhe lui-même n'est qu'un premier effet de cette cause cachée; et, à une époque plus ou moins éloignée de l'opération, on voit la maladie se renouveler, soit sur la même partie, soit dans les glandes lymphatiques avec lesquelles elle communique, soit dans un lieu plus éloigné. L'opération que le squirrhe nécessite souvent, consiste à emporter la tumeur en conservant les tégumens qui la couvrent, lorsqu'ils sont sains

et libres, et en les emportant avec la tumeur, lorsqu'ils sont altérés ou adhérens. Les préceptes qui concernent cette opération étant les mêmes que ceux de l'opération nécessaire pour le cancer, nous les exposerons dans l'article suivant.

Si le malade se refuse à l'opération, après lui avoir fait sentir les conséquences du parti contraire, il faut se contenter de préserver la partie du frottement des vêtemens, du contact de l'air froid et des variations de la température de l'atmosphère, en la couvrant d'une peau de lièvre, de lapin ou de cygne; et l'on s'attachera à retarder autant que possible la terminaison funeste et inévitable de la maladie, par un régime convenable, et par l'usage des sédatifs, tant internes qu'externes.

Article X.

Du Cancer.

Lorsque la nature d'une maladie est inconnue, et que cette maladie présente de grandes variétés et des symptômes différens, selon ses degrés ou périodes, et selon les organes divers qu'elle peut affecter, il est impossible d'en donner une définition exacte et précise qui convienne à tous ces degrés, et qui embrasse toutes ces variétés. Tel est le cas du cancer : la définition qu'on en donne ordinairement ne s'applique qu'au squirrhe dégénéré, et en l'adoptant avec quelques légères modifications, nous sommes éloignés de croire qu'elle puisse donner une idée exacte de la maladie; mais nous aurons

soin dans la suite d'ajouter au tableau général que nous allons tracer, les particularités que cette maladie présente dans les différens organes qu'elle affecte.

Résultat ordinaire de la dégénération du squirrhe, le cancer se présente sous la forme d'une tumeur dure, inégale, d'abord indolente, qui devient ensuite le siège de douleurs lancinantes et brûlantes, s'ouvre spontanément, et présente un ulcère à bords durs et renversés, d'un aspect désagréable, d'où découle un ichor fétide et âcre : cette maladie conduit le malade au tombeau par une suite de phénomènes qui ne présentent rien de semblable à ce qu'on observe ordinairement dans les diverses espèces de colliquation et de consomption.

Les sujets de l'un et de l'autre sexe y sont également exposés; cependant les femmes en sont bien plus fréquemment affectées que les hommes. Dans les femmes, l'âge de quarante à cinquante ans est la période de la vie durant laquelle on l'observe le plus communément; cependant on peut citer quelques exceptions : nous avons vu des sujets de l'un et de l'autre sexes périr à vingt, vingt-deux, vingt-quatre ans, des suites d'affections évidemment cancéreuses. On observe que les sujets d'une constitution bilieuse, d'un caractère triste et mélancolique, chez lesquels la sensibilité et l'irritabilité sont très-développées, y sont plus exposés. Ces circonstances sont-elles vraiment des prédispositions au cancer, ou bien doivent-elles être considérées seulement comme propres à favoriser l'action d'une cause intérieure capable de produire cette maladie, et qui ne s'est point encore manifestée sous sa forme spéciale? Nous exami-

nerons plus au long dans la suite les raisons plus ou moins favorables à l'une et à l'autre opinions.

Il y a peu de parties sur lesquelles cette maladie ne puisse se développer; cependant elle affecte une prédilection funeste pour le sein, le testicule et l'utérus. On la voit aussi se manifester fréquemment aux lèvres, et particulièrement à l'inférieure, à la langue, à la conjonctive, au globe de l'œil, aux glandes lymphatiques. On la voit survenir plus rarement à la peau de la face, où elle affecte des caractères particuliers; à celle du scrotum et de diverses parties du corps, au tissu cellulaire sous-cutané, aux kystes, aux stéatomes. Elle s'étend secondairement aux muscles et aux autres organes voisins d'une partie primitivement affectée, et tous éprouvent par ses progrès, d'abord une altération homogène, qui fait disparaître l'organisation primitive, puis une ulcération uniforme. L'ostéo-sarcome, ou dégénération du tissu osseux en une subtance charnue, peut-elle être rapportée aux maladies cancéreuses? Quels sont les viscères intérieurs que cette maladie affecte? On peut indiquer, sans balancer, l'utérus que nous avons déjà cité, l'extrémité inférieure du rectum et le pylore. L'analogie fait penser qu'un grand nombre d'autres y sont sujets; quelques observations portent à le croire; mais le diagnostic de cette maladie dans les parties situées à l'extérieur, nous paraît quelquefois trop incertain, pour ne pas nous rendre encore plus circonspect dans l'admission de faits positifs par rapport aux viscères intérieurs. Un moyen qui nous paraît propre à lever quelques incertitudes à cet égard, c'est de constater l'état des viscères

dont les fonctions ont été lésées, chez des sujets morts après la reproduction d'un cancer déjà extirpé.

On ignore encore quelles sont les influences que cette maladie reçoit du sexe, de l'âge et même de la constitution; on sait seulement que, chez les femmes, le retour de la période menstruelle expose la tumeur cancéreuse à un érétisme, à un orgasme périodique qui en accélèrent les progrès, et que lorsque cette fonction a totalement cessé, la suppression définitive de cette hémorragie habituelle imprime une marche bien plus rapide au cancer, qui ne manque guère de s'ulcérer à cette époque. Il est encore remarquable que les suspensions des règles qui peuvent survenir accidentellement avant l'époque de leur cessation naturelle, chez des sujets déjà affectés de cancer, n'ont pas une influence aussi fâcheuse sur cette maladie. On a pareillement observé que certains cancers marchent avec une grande rapidité, et qu'on pourrait les appeler aigus, par opposition à certains autres qu'on pourrait appeler chroniques, et qui ne deviennent mortels qu'au bout d'un temps bien plus long, et quelquefois d'un grand nombre d'années; mais on ne sait pas jusqu'à quel point les circonstances relatives à la constitution du sujet, ou aux propriétés des organes affectés, contribuent à cette marche lente ou rapide de la maladie; on observe même que ces deux variétés se succèdent quelquefois sur le même individu, où l'on voit un cancer chronique extirpé, se reproduire et prendre une marche aiguë.

Cette maladie présente de grandes différences dans les diverses parties où elle se manifeste, et même dans

les mêmes organes elle n'offre pas toujours des phénomènes semblables ; c'est ainsi qu'à la peau elle s'annonce tantôt par un tubercule indolent, ou plus ou moins douloureux, qui s'ulcère et fait des progrès rapides, comme on l'observe à la lèvre inférieure ; tantôt par des gerçures rapprochées, superficielles, fournissant une mucosité que l'air dessèche sous forme de croûte jaune ou grise, et accompagnées de démangeaisons incommodes et d'élancemens rares et peu marqués, comme on l'observe à la peau du visage. Dans les organes destinés à quelque secrétion, tantôt la maladie est bornée à une partie de l'organe, comme on le voit au sein et au testicule où la maladie commence le plus souvent par l'épididyme, et quelquefois même se borne à cette partie ; et dans ce cas, la tumeur est, dès le principe, dure, inégale, douloureuse et de la plus mauvaise espèce ; tantôt, au contraire, la maladie envahit comme d'emblée la totalité de l'organe ; mais alors elle est moins dure, élastique, indolente, se conserve ainsi quelquefois très-long-temps, et ne dégénère que lentement ; mais il est douteux que cette variété soit un véritable cancer. Il est presque général que cette maladie n'attaque les glandes lymphatiques que secondairement, et après qu'elle s'est déjà manifestée dans quelqu'autre partie en rapport avec elles par les vaisseaux absorbans ; cependant cette observation souffre quelques exceptions, et il n'est pas très-rare de voir des glandes jugulaires, notamment celles qui sont les plus voisines de la parotide, celles des glandes axillaires qui avoisinent de plus près la glande mammaire, les glandes inguinales, affec-

tées isolément d'engorgement squirrheux de mauvais caractère et même cancéreux, autant qu'on en peut juger. Les observations propres à faire connaître les différences que cette maladie peut présenter dans les viscères intérieurs n'étant pas suffisantes, nous nous bornerons à une seule remarque relative à la matrice : tantôt un ulcère de ce viscère, précédé et suivi de symptômes propres à le faire croire de nature cancéreuse, produit le marasme et la consomption; d'autres fois la violence des douleurs est le seul symptôme grave que l'on observe, et les malades périssent sans tomber dans la colliquation et l'amaigrissement qui en est la suite. Ces derniers phénomènes s'observent le plus souvent dans le cancer du sein, ou de toute autre partie située à l'extérieur. A quoi tiennent de si grandes différences? En indiquent-elles de pareilles dans la nature de la maladie?

Cette action particulière du cancer sur la constitution, la manière dont cette maladie amène la mort, avec des phénomènes qui ne ressemblent en rien à ce que l'on observe dans toute autre maladie, méritent bien l'attention des observateurs; il en est de même de certaines circonstances qui se font remarquer soit avant, soit après son développement. Nous avons déjà indiqué l'excès notable de sensibilité et d'irritabilité que l'on remarque quelquefois dans les sujets qui sont disposés aux affections cancéreuses : d'un autre côté, on a observé après l'extirpation de quelques cancers, des affections nerveuses plus ou moins graves, comme l'épilepsie, le tétanos sous une forme chronique, la perte totale des

facultés intellectuelles, etc. Jusqu'à quel point, et à quel titre ces effets généraux tiennent-ils à la cause du cancer, oú au cancer lui-même ?

On a distingué les causes du cancer en externes et en internes, et l'on a fondé sur cette distinction celle de la maladie en cancer de cause externe, ou local, et en cancer de cause interne, ou constitutionnel; mais nous verrons bientôt à quoi se réduit le rôle des causes externes dans la production du cancer, et le peu de fondement de cette distinction.

Une différence bien plus conforme à l'observation, c'est celle qui existe entre le cancer héréditaire et celui qui ne l'est point; l'observation démontre que le principe occulte de cette funeste maladie est transmissible par la voie de la génération; et peut-être est-ce chez les sujets qui l'ont reçu de la sorte, qu'il se développe dans la jeunesse.

Tantôt on voit le cancer se manifester à la suite de chagrins violens, ou de la suppression de quelqu'évacuation habituelle, comme celle des règles, des hémorroïdes, ou de la suppuration d'un cautère ancien; d'autres fois on le voit survenir à la suite d'un coup, de la plus légère percussion sur une partie saine, ou à la suite de l'irritation exercée par des moyens mécaniques ou chimiques sur une partie affectée déjà de quelque maladie de nature différente, et qui ne paraissait pas devoir dégénérer de la sorte; c'est ainsi que l'on voit souvent les tumeurs enkystées, plus souvent encore les stéatômes, attaqués à à diverses reprises pas des caustiques; les excroissances verruqueuses de la peau, irritées ou écorchées avec les

ongles pour satisfaire la démangeaison qui les accompagne; le globe de l'œil distendu par l'accumulation des humeurs qu'il renferme, et dans l'état connu sous le nom d'hydrophthalmie, vidé à plusieurs reprises par une simple ponction pratiquée avec la lancette, et bien d'autres maladies locales qui ne paraissaient pas dévoir dégénérer en cancer, affecter cette terminaison funeste après diverses irritations, et avoir les mêmes résultats que cette même affection survenue spontanément. On a déduit de ces observations, que le cancer dépend tantôt d'une cause interne, et tantôt d'une cause externe et locale. Mais, 1.° on observe aussi des cancers dont le développement spontané n'a été précédé d'aucun état violent de l'âme, d'aucun dérangement notable des fonctions chez des sujets qui paraissent jouir de la meilleure santé, et sans qu'aucune cause externe ait agi sur l'organe qui en est le siège. 2.° Combien de contusions, de meurtrissures, même très-graves, du sein ou du testicule, qui ne sont point suivies de cancer, et dont les accidens guérissent même promptement et avec facilité, tandis que les violences qui ont eu lieu quelquefois avant le développement des cancers, et que l'on regarde comme leurs causes, ont été très-légères, ont eu des suites à peine remarquables, et que le récit de la plupart des malades à cet égard est rempli d'incertitude. Il y a de si grandes disproportions entre de pareilles causes et les terribles effets qu'on leur attribue, qu'il n'est pas possible de les considérer autrement que comme des simples circonstances qui ont plus ou moins favorisé le développement des effets d'une cause intérieure, inhérente à la consti-

tution. L'observation démontre qu'elles n'ont pas plus d'influence dans la formation du cancer, que dans celle de la carie, de la nécrose, du spina ventosa, etc. 3.° Quels rapports peut-il y avoir entre le cancer et l'irritation excitée par des moyens mécaniques ou chimiques, sur des parties déjà affectées de diverses maladies, en sorte que ces dernières puissent dégénérer par-là, et prendre la nature cancéreuse? Que l'on remarque bien qu'il ne s'agit pas d'un seul tissu, d'un seul organe, d'une seule maladie, capable de subir une pareille dégénération par une cause déterminée; mais qu'il est question, au contraire, de tissus dissemblables, d'organes de structure et de propriétés bien diverses; enfin, de maladies bien différentes entr'elles et dont la nature et les causes sont inconnues, qui peuvent ainsi passer à l'état cancéreux, pour des causes légères et variées. Qui peut assurer que dans ces cas, la maladie primitive n'était pas le résultat de l'action faible et légère du virus cancéreux, et que l'irritation locale n'a fait autre chose que d'accélérer le moment où le cancer aurait revêtu sa forme propre? S'il n'en était pas ainsi, comment se ferait-il que le kyste de certaines loupes, après avoir été extirpé en partie, peut être ramené à l'état celluleux par des cautérisations partielles, et par l'inflammation et la suppuration qui en sont les suites, au point de servir de base à une bonne cicatrice; tandis que les mêmes procédés, ou des procédés analogues, produiraient des cancers dans d'autres cas de la même espèce? Quant à la suppression des évacuations habituelles, et sur-tout des règles, on ne peut nier que certaines tumeurs cancéreu-

ses, qui étaient restées indolentes et stationnaires pendant plusieurs années, ne deviennent douloureuses, et ne s'ulcèrent à l'époque de la suppression naturelle des règles. Mais d'un côté, on observe un grand nombre de cancers ulcérés avant l'époque de la cessation du flux menstruel, et tandis que cette fonction se fait encore régulièrement : dans le cas même où l'ulcération d'une tumeur squirrheuse est postérieure à la cessation des menstrues, l'effet que l'on pourrait attribuer à cet événement, serait, tout au plus, l'accélération des progrès naturels de cette maladie. D'un autre côté, comme nous l'avons déjà observé, les suspensions que les règles éprouvent accidentellement, à un âge moins avancé et chez des sujets affectés de cancer, n'ont pas d'influence sensible sur l'état et les phénomènes de la maladie. Enfin, il est bien plus commun, que le cancer s'étant déclaré vers le déclin de l'âge, les douleurs dont il est le siège, deviennent la cause de variations dans le flux menstruel; d'où résulte, quand la maladie est au sein, un orgasme, un gonflement périodique accompagné d'irritation, et qui correspond à l'époque menstruelle. Ces phénomènes, que Lecat a si improprement appelés *règles transplantées dans le sein*, ne tiennent qu'à la situation de la maladie et aux liaisons sympathiques du sein et de la matrice, ne s'observent point quand le cancer existe dans tout autre organe, et par conséquent ne lui sont point essentiels.

Maintenant, si l'on considère que l'existence du cancer se trouve souvent liée, ou à quelques circonstances remarquables de la constitution, ou à quelque affection

plus ou moins grave du système nerveux; que cette maladie produit, dans tous les organes qu'elle affecte, une altération homogène qui en confond tous les tissus, et les réduit à une substance lardacée, d'un blanc grisâtre, qui n'offre plus aucune trace de l'organisation primitive, altération spécifique que l'on distingue même dans les parties qui font la base des ulcérations cancéreuses qui n'ont point été précédées de squirrhe; que l'extirpation ou l'amputation d'une tumeur cancéreuse, avec quelque soin qu'elle soit faite, ne préserve jamais de la récidive de la maladie, qui tantôt se reproduit sous sa forme primitive, tantôt prend une forme différente, et le plus souvent affecte une marche beaucoup plus rapide; que l'on a vu, après l'extirpation, survenir des maladies nerveuses graves, ou même mortelles; enfin, si l'on considère que les sujets nés de parens cancéreux sont plus exposés à cette maladie, qu'elle paraît se développer chez eux à un âge bien moins avancé, et sévir avec une fureur extraordinaire, il paraîtra bien difficile de ne pas admettre une cause spécifique, générale, préexistante à tous les symptômes qui caractérisent la maladie, et à l'égard de laquelle toutes les circonstances qui ont été alléguées comme autant de causes, ne font que l'office de causes déterminantes ou occasionnelles. Cette cause occulte, entièrement inconnue dans sa nature, ses propriétés, et les lois de son action, est ce qu'il faut entendre par le mot de *virus cancéreux*, et non pas, comme l'ont fait quelques-uns, et notamment Peyrilhe, l'ichor que contiennent les foyers existans dans l'épaisseur des tumeurs cancéreuses, ou celui qui découle de leur ulcération.

L'auteur que nous venons de citer a émis une opinion à laquelle une académie respectable donna son assentiment, qui compte encore beaucoup de partisans, mais dont l'expérience démontre tous les jours la futilité; il pense que le cancer est toujours une maladie locale; mais que l'ichor qui se rassemble dans les foyers intérieurs, ou qui coule de l'ulcère, venant à être absorbé par les vaisseaux lymphatiques, il en résulte l'affection générale connue sous le nom de diathèse cancéreuse, qui d'après ce sentiment, serait toujours secondaire. L'engorgement des glandes lymphatiques qui sont en rapport avec la partie primitivement affectée, ne survenant qu'à une certaine époque de la maladie, cette circonstance semblerait donner quelque vraisemblance à cette opinion; mais malheureusement il s'en faut de beaucoup que l'expérience justifie cette hypothèse consolante; il s'ensuivrait que l'engorgement des glandes lymphatiques serait le signal constant de la formation des foyers intérieurs, et de l'absorption de l'ichor qu'ils contiennent; que le moment où ce symptôme s'annonce, serait le dernier favorable au succès de l'extirpation ou de l'amputation de la tumeur, et que l'opération pratiquée avant cette époque, serait suivie d'un succès presque assuré. Au lieu de cela, on voit tantôt des tumeurs cancéreuses, des cancers même ulcérés, sans engorgement des glandes lymphatiques correspondantes; tantôt, au contraire, la tumeur cancéreuse et l'engorgement des glandes lymphatiques survenir presqu'en même temps, et sans qu'il y ait de foyer ichoreux dans l'intérieur de la première; enfin, rien n'est plus commun que de voir

l'extirpation de la tumeur cancéreuse être pratiquée sans succès, quoiqu'on ait pris le soin d'enlever en même temps les glandes engorgées, ou même quoique cette opération ait été pratiquée de très-bonne heure, et avant qu'il y eût ni engorgement des glandes, ni foyer intérieur.

Le cancer est-il contagieux? Cette question a été agitée jusqu'ici sans succès; les expériences que l'on a faites sont contradictoires et par conséquent peu concluantes; nous ne dissimulerons même pas que jusqu'à ce que l'on ait fixé d'une manière plus certaine le diagnostic de cette maladie, il restera des doutes bien fondés sur le caractère de la matière employée comme moyen de contagion.

Pour établir le diagnostic du cancer de manière à ce que l'on puisse distinguer cette maladie de toute autre affection qui pourrait avoir quelque analogie avec elle, nous sommes obligés de donner une description exacte de ses phénomènes et de l'ordre de leur succession.

Nous avons déjà dit que le plus ordinairement le cancer est le résultat de la dégénération du squirrhe; ainsi, cette dernière maladie doit être prise pour point de départ dans la description du cancer. Nous rappellerons cependant ce que nous avons déjà dit, savoir : qu'il y a des cancers qui débutent sans engorgement squirrheux, et nous observerons, en outre, que souvent le squirrhe ne dégénère point et reste stationnaire; qu'on a quelquefois obtenu la résolution de tumeurs qui passaient pour squirrheuses, et qui en avaient l'apparence; et que ces deux observations sont du nombre de celles qui nous portent à croire que les affinités ou les diffé-

rences entre le squirrhe et le cancer ne sont pas bien déterminées. Si ces deux maladies sont du même genre, pourquoi certains cancers sont-ils exempts d'engorgement squirrheux pendant un certain temps de leur durée? Les affections d'apparence cancéreuse où cette circonstance se fait remarquer, seraient-elles d'une autre nature? Les tumeurs dont on a obtenu la résolution, étaient-elles bien squirrheuses? Le véritable squirrhe, tel que nous le concevons, avec les rapports que nous sommes portés à lui supposer avec le cancer, est-il vraiment susceptible de résolution, même dans quelques cas rares? Et si l'on doit tirer une ligne de démarcation entre ces deux maladies, où faut-il la placer? quels sont les caractères distinctifs de l'une et de l'autre?

Tant que le squirrhe reste stationnaire, état dans lequel on lui a donné le nom de squirrhe *bénin*, il est indolent, égal, d'une dureté médiocre, et n'incommode que par son poids, ou par sa situation dans le voisinage de certains organes dont il peut gêner mécaniquement les fonctions. Mais s'il dégénère et passe à l'état cancéreux, il durcit encore; sa surface devient inégale, noueuse, et il survient des douleurs lancinantes, instantanées et rares, ou brûlantes et plus durables. Ces douleurs sont tantôt spontanées, et tantôt paraissent provoquées par l'humidité ou l'état électrique de l'atmosphère; elle se font sentir également quelques instans après que la tumeur a été maniée. En cet état, que quelques-uns ont appelé *squirrhe malin*, et d'autres *cancer occulte*, la tumeur augmente plus ou moins rapidement; les veines sous-cutanées des environs deviennent variqueuses; la

masse cancéreuse devient de plus en plus fixe, à raison de ses progrès dans les parties sous-jacentes qu'elle envahit, certains points de la peau qui la couvre sont comme retirés et enfoncés; cette membrane s'altère, quelquefois ses pores sont dilatés et très-visibles à l'œil nu, comme on l'observe assez souvent au sein chez les femmes; elle est distendue, amincie, enflammée et d'un rouge violet sur quelques points plus saillans de la surface de la tumeur.

Si, à cette époque, on a occasion d'examiner la structure de la tumeur, on trouve qu'elle est entièrement formée d'une substance lardacée, grisâtre, homogène, consistante, et où l'on ne distingue plus aucune trace ni de tissu cellulaire, ni de vaisseaux, ni aucun autre caractère d'organisation, quel que soit l'organe qui a été affecté. A une époque plus ou moins avancée, on trouve, soit dans le centre de cette masse, soit vis-à-vis les points saillans extérieurs, des cavités ou foyers, contenant une matière ichoreuse, âcre, et oxidant promptement les métaux; et une humeur semblable, mais moins active, découle également des coupes que l'on faites dans cette masse lardacée.

Cependant la tumeur continue à faire des progrès, les endroits où elle s'est élevée en pointe se ramollissent, la peau qui les couvre, distendue et enflammée, s'ouvre et présente un ulcère horrible, dont les bords sont épais, durs, renversés, d'un rouge pâle ou livide qui répand un ichor âcre, fétide, noirâtre, jaune-vert et sanguinolent, qui s'étend en rongeant et en dévorant tout ce qu'il rencontre. A cette époque, les douleurs de-

viennent quelquefois insupportables, et ne peuvent être calmées que par des doses considérables d'opium ; il survient alors fréquemment des hémorragies qu'il est facile d'arrêter par la compresion, mais qui affaiblissent beaucoup les malades, parce qu'elles se renouvellent souvent.

Les glandes lymphatiques qui sont en rapport avec la partie malade, s'engorgent et deviennent douloureuses, tantôt dès le premier instant de l'apparition du cancer, et comme d'une manière simultanée, tantôt lorsque la tumeur a pris un grand accroissement, et qu'elle annonce une dégénération prochaine; tantôt, mais rarement, le cancer parvient jusqu'à un état très-avancé, sans engorgement des glandes lymphatiques; c'est ce que l'on observe dans ce qu'on appelle les *ulcères chancreux* de la peau du visage, et dans les autres cancers qui affectent une marche chronique. De l'affection successive des glandes lymphatiques résulte le dérangement des fonctions qui en dépendent; ainsi la circulation de la lymphe n'étant pas libre, son absorption n'a point lieu par les racines des vaisseaux *déférens* qui aboutissent aux glandes malades, et de-là l'engorgement pâteux plus ou moins considérable de certaines parties. C'est à cette cause qu'il faut rapporter l'engorgement de l'extrémité supérieure, la toux, l'oppression chez les sujets affectés d'un cancer au sein, et l'œdème de l'extrémité inférieure, dans le cas de cancer au testicule. Nous observerons cependant que ce symptôme est beaucoup moins marqué dans le dernier cas que dans le premier, ce qui pourrait peut-être s'expliquer par des raisons anatomiques.

On observe encore, sur-tout à l'époque du plus grand développement de la tumeur cancéreuse, un phénomène purement accidentel, qu'il faut bien distinguer des circonstances propres et essentielles à la maladie ; il consiste dans des douleurs qui se répandent plus ou moins loin de la partie affectée, et qui paraissent dépendre de la distension des filets nerveux qui traversent la tumeur pour se porter aux parties où les douleurs se font sentir. Non-seulement il est aisé de les distinguer par leur siège, mais encore par leur caractère, qui est bien différent de celui des douleurs qui dépendent immédiatement de l'affection cancéreuse.

L'ulcère du cancer fait des progrès par une véritable destruction des parties, toujours précédée d'un engorgement de même nature que celui de la tumeur primitive. Ce phénomène avait fait attribuer à l'ichor que l'ulcère répand, une propriété corrosive que l'expérience ne démontre pas ; le procédé de cette destruction est totalement ignoré. Quelquefois cependant elle procède d'une manière plus facile à distinguer ; la mortification s'empare successivement de divers points de la surface ulcérée, et la chute des escarres opérerait l'ablation totale de la tumeur, si les progrès de la maladie n'étendaient l'engorgement d'un autre côté. On a même vu la gangrène envahir la totalité du cancer, et détacher la tumeur toute entière. Mais ce phénomène, très-rare, et que l'on pourrait prendre pour les résultats heureux des efforts médicatifs de la nature, n'a pas des suites plus avantageuses que celles de l'extirpation de la maladie par l'instrument tranchant. C'est ce qui est prouvé

notamment par une observation de cette espèce rapportée par Ledran dans son *Traité d'Opérations de Chirurgie*, et où l'on voit que la maladie se reproduisit avant même que la plaie fût entièrement cicatrisée. Enfin, la constitution éprouve un ébranlement général : la fièvre s'allume, soit après l'ulcération, soit avant cette époque, par la violence et la continuité des douleurs; ses paroxismes sont accompagnés d'une chaleur bien plus sèche et plus âcre qu'on ne l'observe ordinairement dans la fièvre consomptive, et ne sont point suivis de sueur; l'insomnie survient, l'appétit se perd, les digestions se dérangent, les matières fécales, les gaz intestinaux, la transpiration contractent une grande fétidité; enfin, la mort survient au milieu des tourmens les plus affreux, mais le plus souvent sans être précédée de symptômes colliquatifs, ni de consomption.

A ce tableau, il faut encore joindre les dérangemens particuliers des fonctions propres à l'organe affecté, et dont les lésions forment un ordre de symptômes distincts de ceux qui appartiennent à la maladie, et qui ne servent qu'à déterminer le lieu qu'elle occupe.

Si l'on résume tout ce qui vient d'être dit sur les symptômes du cancer, on trouvera que le développement spontané de la maladie, la pesanteur, l'inégalité, la dureté de la tumeur, l'homogénéité de son tissu, quels que soient les organes intéressés, les douleurs lancinantes ou brûlantes dont elle est le siège, l'aspect particulier de l'ulcère et le caractère ichoreux de la matière qui en découle, sont les seules circonstances caractéristiques : or, ces circonstances sont loin d'appar-

tenir exclusivement au cancer; on les trouve quelquefois réunies dans des maladies d'une nature différente : le testicule, par exemple, est souvent affecté d'engorgement chronique qui reconnaît pour cause un principe vénérien, sur-tout à la suite de la fluxion que la gonorrhée produit si fréquemment, et dans ce cas l'organe est dur, pesant, inégal, et le siège de douleurs lancinantes. On ne peut point vérifier alors l'altération homogène du tissu, mais souvent une ulcération spontanée des tégumens prend les caractères alarmans que nous avons déjà décrits; cependant les craintes bien fondées que cet état peut inspirer, déterminent à pratiquer l'amputation de la partie; mais l'examen de la tumeur, et dans la suite la solidité de la guérison, fournissent des raisons de douter du caractère cancéreux de la maladie. La dégénération lardacée et homogène, qui paraît le trait le plus remarquable, et qui semblerait devoir fournir le moyen le plus sûr de décider dans les cas difficiles, n'est pas en elle-même un signe plus certain que les autres. Elle se retrouve dans plusieurs autres maladies, et notamment dans les tumeurs blanches des articulations; affection dont la nature, pour le remarquer en passant, est assez peu connue, pour qu'on ne puisse point affirmer qu'elle n'a pas quelques rapports avec celle qui nous occupe.

Enfin, nous pensons que dans l'état actuel de la science, il est bien difficile de connaître *à priori* le véritable cancer, et que la récidive de la maladie, après une première ablation, est, jusqu'à présent, la seule circonstance propre à lever tous les doutes.

S'il est démontré que l'extirpation est presque le seul moyen par lequel on puisse obtenir la guérison du squirrhe, à plus forte raison est-ce le seul aussi par lequel on ait jamais pu concevoir l'espérance d'obtenir la guérison du cancer; trop heureux s'il était sûr ! L'expérience a démontré qu'on n'arrive, par ce moyen, à une guérison solide, qu'autant que la maladie est purement locale, comme dans quelques cas d'ulcères chancreux du visage, dont la nature cancéreuse est sujette à bien des doutes. Ce principe est généralement adopté; mais on a cru pouvoir en étendre l'application à un assez grand nombre de cancers précédés de squirrhes, comme il arrive dans tous ceux du sein ou du testicule. On est porté généralement à regarder comme maladie locale cette espèce de cancer, lorsqu'il attaque un sujet de 20 à 30 ou 36 ans; lorsqu'il survient à la suite d'une cause externe, telle qu'une pression, une contusion, ou à la suite d'un engorgement laiteux; lorsque le squirrhe a subsisté plus ou moins long-temps sous la forme d'une tumeur petite ou médiocre, indolente et libre, et que les douleurs lancinantes qui annoncent la dégénération cancéreuse, se sont manifestées à l'occasion d'une violence externe, ou de quelque dérangement des règles; lorsque la tumeur est encore peu volumineuse, qu'elle n'est pas très-ancienne, que les douleurs lancinantes se font sentir depuis peu et rarement; lorsque les glandes lymphatiques, qui reçoivent les vaisseaux absorbans de la partie malade, sont dans leur état naturel et nullement engorgées; enfin, lorsque la peau qui couvre la tumeur est libre et conserve sa couleur naturelle, et

que le malade jouit d'ailleurs d'une bonne santé. C'est dans ces circonstances que l'on assure avoir fréquemment extirpé avec succès le squirrhe qui commence à dégénérer, ou qui a dégénéré en cancer, mais encore réduit à l'état de maladie locale. C'est aussi dans des circonstances semblables, que nous avons extirpé un grand nombre de tumeurs au sein chez des femmes que nous avons eu soin de ne pas perdre de vue après l'opération. Presque constamment la plaie s'est cicatrisée; mais, au bout d'un temps plus ou moins long, la maladie s'est reproduite, toutes les fois, du moins, que les signes de la dégénération cancéreuse s'étaient annoncés, quelque légers qu'ils fussent. Nous avons vu même un petit nombre de cas où les malades ont succombé en peu de temps, et avant la cicatrisation de la plaie, à des maladies aiguës dont la marche n'était pas naturelle, et dont les symptômes paraissaient altérés par un désordre remarquable dans les fonctions du système nerveux. Notre propre expérience nous force, comme nous l'avons déjà dit, de convenir avec Hippocrate, Celse, Monro, et plusieurs autres praticiens aussi recommandables, que tout cancer qui a été précédé de squirrhe, est toujours le produit d'une cause interne, et par conséquent sujet à récidive, quels que soient l'âge du sujet, l'état de la maladie, et les circonstances qui l'ont accompagnée. S'il existe un si grand nombre de faits, en apparence contradictoires à ce principe, on ne peut pas s'empêcher de reconnaître qu'on a confondu avec le cancer un grand nombre de tumeurs qui n'en avaient pas le véritable caractère; c'est ce qu'on peut

remarquer notamment dans ceux qui ont été recueillis par Hill. Ce praticien, dont les succès paraissent si brillans et si différens de ceux de Monro, cite quatre-vingt-huit malades parfaitement guéris par l'opération ; mais sur ce nombre cinq seulement avaient des tumeurs au sein, et de ces cinq deux seulement eurent des apparences de guérison. Les difficultés du diagnostic, que nous avons déjà signalées, ont donné lieu à une foule d'erreurs de ce genre, et il faut convenir qu'il est difficile de s'en garantir ; cependant, nous avons observé que parmi les tumeurs d'apparence cancéreuse, que nous avons eu occasion d'extirper ou d'amputer, celles qui ne se sont pas reproduites n'étaient point accompagnées d'engorgement des glandes lymphatiques correspondantes ; mais combien de fois n'avons-nous pas trouvé les choses dans ce même état dans des cas où l'opération a été infructueuse, et a même été suivie d'une rechute prompte et rapidement mortelle ! Une observation plus constante, mais tout aussi peu utile, nous a été fournie par la plaie elle-même, qui résulte de l'extirpation ou de l'amputation du cancer ; il est rare qu'il ne survienne pas, quand la suppuration est pleinement établie, des fongosités qui s'élèvent à peine au-dessus du niveau de la surface de la plaie, de couleur tantôt rouge brun, tantôt gris ardoise, tantôt plus ou moins blanchâtre, et quelquefois même une simple tache de quelqu'une de ces couleurs. Ce symptôme qui est quelquefois précédé de mal-aise et d'un léger mouvement fébrile, se dissipe de lui-même au bout de deux ou trois jours, pour reparaître encore plus ou moins fréquemment ; nous

l'avons vu se reproduire trois ou quatre fois sur le même sujet, et sur divers points de la plaie. Toutes les fois que nous avons observé ce phénomène, le cancer n'a jamais manqué de revenir dans la suite : nous ne voudrions pas assurer que la rechute n'est pas à craindre quand il ne se montre pas; mais quand il paraît, il est le signe assuré du caractère de la maladie, et le présage le plus certain de sa récidive à une époque plus ou moins éloignée.

Le temps et de nouvelles recherches peuvent seuls fixer le degré d'importance et d'utilité d'une opération si rarement suivie de succès, même dans les cas qui sont accompagnés des apparences les plus favorables ; nous observerons seulement en attendant, que presque toujours, dans la rechute, la maladie fait des progrès beaucoup plus rapides, et parvient à son terme fatal beaucoup plus promptement que dans les cas où l'opération n'a pas été pratiquée (1).

---

(1) Il paraît que la même observation était familière aux anciens médecins; l'aphorisme d'Hippocrate est sans équivoque : « *Quibuscumque* occulti *cancri fiunt, eos non curare me-» liùs est, si enim curantur, citiùs moriuntur; si verò non cu-» rantur, multum tempus perdurant.* » (Sect. VI, Aph. XXXVIII.) Si cette sentence n'a pas fait jusqu'à présent toute la sensation qu'elle aurait dû produire, c'est parce qu'on a cru qu'Hippocrate parlait du cancer non-ulcéré ; alors l'aphorisme est inintelligible. Mais si l'on accorde qu'il a voulu désigner les cancers dont on ne peut indiquer de cause externe,

Si le succès de l'opération est si douteux lorsque toutes les circonstances paraissent favorables, on croira facilement qu'il l'est bien davantage lorsque la maladie a fait de certains progrès; ainsi quand la tumeur est ancienne, volumineuse, inégale, couverte de varices, adhérente aux parties sous-jacentes ou peu mobile; lorsque le mamelon ou divers points de la peau qui couvre la tumeur sont rétractés; lorsque la couleur de la peau est altérée, qu'il y a des douleurs lancinantes, et que les glandes lymphatiques voisines sont engorgées, il y a bien peu d'espoir de succès, même en enlevant les glandes lymphatiques malades. Cependant on cite des exemples de guérison en pareil cas, tout en convenant qu'ils sont

---

ceux dont *l'origine est occulte*, alors rien n'est plus conforme à l'observation.

Cette opinion est énoncée plus clairement, et avec plus de détail, dans un passage de Celse : « *Quidam ferro adusserunt*,
» *quidam scalpello exciderunt*, *neque ulli unquàm medicina pro-*
» *ficit. Sed adusta protinùs concitata sunt*, *et increverunt donec*
» *occiderent*. Excisa etiam post inductam cicatricem, tamen
» reverterunt, et causam mortis attulerunt. *Cùm interìm pleri-*
» *que nullam vim adhibendo*, *quâ tollere id malum tentent*, *sed*
» *imponendo tantùm lenia medicamenta*, *quæ quasi blandian-*
» *tur*, *quominùs ad ultimam senectutem perveniant*, *non prohi-*
» *bentur*. » (Lib. V, cap. XXVIII.) On cite souvent une sentence trop générale de ce même auteur, pour justifier des opérations de cancer que tout semblait interdire, et que, comme on le voit, il était bien loin d'approuver.

fort rares; mais dans ces cas douteux, dit-on, il faut suivre la maxime de Celse, et *employer un moyen incertain, plutôt que d'abandonner le malade à une mort certaine.* Une maxime bien plus générale, c'est de s'abstenir de tout procédé inutile et douloureux, lorsqu'on n'a pas la certitude de pouvoir faire du bien. Quelques faits prouvent, d'ailleurs, qu'il existe des rapports importans entre le cancer parvenu à un certain point, et l'état de la constitution; un jour viendra, probablement, où des observations bien faites et nombreuses permettront de déterminer la nature de ces rapports, et de tracer les limites de l'art.

Enfin, lorsqu'aux symptômes que nous venons d'exposer, se joignent encore la fièvre lente cancéreuse, l'altération du teint, un dérangement notable de toutes les fonctions; si le cancer est ulcéré et qu'il survienne de petits tubercules à la peau, qui se multiplient rapidement à une plus ou moins grande distance de la tumeur; ou bien des symptômes qui annoncent que l'affection du systême lymphatique s'étend de proche en proche, et jusques dans les cavités intérieures, comme par exemple, la difficulté de respirer, la toux, et des douleurs derrière le sternum, accidens qui accompagnent le cancer qui occupe le sein, et annoncent toujours l'engorgement squirrheux ou plutôt cancéreux des glandes qui sont placées entre les bronches ou dans le médiastin, comme Lecat et Camper l'ont observé; il est évident alors que les procédés chirurgicaux ne peuvent être d'aucune utilité; l'instrument ne pourrait être porté que sur des parties malades et profondement altérées, et

toute opération ne pourrait qu'accélérer la perte du malade.

Mais il ne suffit pas que la maladie paraisse circonscrite et locale, pour que l'on puisse entreprendre de l'extirper; il faut encore qu'elle soit située de manière que l'on puisse l'enlever dans son entier, sans intéresser des parties essentielles à la vie, et sans compromettre d'une manière grave l'exercice de certaines fonctions. Ces conditions peuvent être remplies à l'égard de la plupart des cancers du sein, du testicule et des extrémités; ainsi, non-seulement on peut emporter la totalité du sein; mais encore on peut extirper des glandes lymphatiques malades, quoique situées dans l'aisselle, comme nous avons eu de fréquentes occasions de le faire; mais lorsque l'engorgement du cordon des vaisseaux spermatiques, par exemple, qui accompagne le cancer du testicule, dépasse l'anneau; lorsqu'une tumeur cancéreuse, située à une extrémité, est placée de manière qu'elle rend impossible la compression des gros vaisseaux, on ne peut pas l'emporter en totalité, et l'opération est impraticable. Il en est de même de certains cancers des lèvres, situés de manière que, pour les emporter, il faudrait opérer une déperdition de substance qui ne permettrait pas de réunir les lèvres de la plaie immédiatement, ce qui donnerait lieu à un écoulement habituel de la salive, accident qui a été reconnu comme très-grave.

Il résulte de ce que nous venons de dire, que l'on doit opposer au cancer tantôt un traitement curatif, tantôt un traitement palliatif.

Le premier, consistant dans la destruction totale de la maladie, peut se faire par les caustiques, ou par l'instrument tranchant.

On a proposé diverses manières d'employer les caustiques : les uns ont conseillé de placer sur le centre de la tumeur un morceau de potasse caustique, ou d'oxide blanc d'arsenic, qui a été spécialement consacré au traitement des cancers, et de poursuivre la destruction de la tumeur du centre à la circonférence, en réitérant suffisamment l'application du caustique.

D'autres conseillent de cerner d'abord la tumeur et de l'isoler ainsi par le caustique, de l'attaquer ensuite par le centre, et d'en poursuivre la destruction jusqu'à la circonférence.

Mais les caustiques, quelles que soient leur nature et la manière dont on les emploie, ne peuvent détruire une tumeur volumineuse que par un certain nombre d'applications, et communiquent une forte irritation aux parties devant lesquelles leur action destructive s'arrête; inconvénient très-grave dans tous les cas de cancers, qui ne manquent jamais de faire de grands progrès quand on les attaque de la sorte. Nous avons vu un jardinier qui portait un petit cancer à la lèvre inférieure, et qui, s'étant confié à un empyrique qui passait pour avoir un secret merveilleux pour la guérison des cancers, souffrit des douleurs horribles par l'application réitérée d'un caustique insuffisant pour détruire la totalité de la maladie. Le cancer ayant acquis un développement considérable, le malade vint nous prier de l'en délivrer; quoique le succès nous parût très-douteux,

nous cédâmes à ses instances et l'opération fut faite. La plaie, réunie immédiatement, se cicatrisa; mais peu de temps après, il survint au-dessous du menton un engorgement qui s'étendit peu-à-peu aux organes de la respiration et de la déglutition, et fit périr le malade.

L'action bornée des caustiques et la nécessité d'en réitérer l'application, rendent ce moyen très-peu propre à la destruction des cancers; il ne convient que lorsque la maladie est assez peu étendue pour qu'une ou deux applications tout au plus puissent suffire pour la détruire entièrement. C'est le cas de quelques cancers du visage, comme nous le dirons ailleurs; encore ici l'instrument tranchant est bien préférable, en ce que le Chirurgien peut bien mieux régler son action. Du reste, si l'on préfère le caustique, dans les cas où il est admissible, il vaut mieux pousser son action un peu au-delà du point convenable, que de ne pas la porter assez loin. Ledran, dans une dissertation insérée parmi les Mémoires de l'Académie de Chirurgie de Paris, cite l'exemple d'un cancer au visage, qui fit de grands progrès par l'application mal-entendue d'un caustique trop faible pour consumer la totalité de la maladie, et qui fut guéri par une application plus énergique que fit un Chirurgien instruit.

Dans le traitement des cancers du sein, du testicule et de toutes les autres parties du corps, sur-tout quand ils sont parvenus à un volume considérable, l'instrument tranchant mérite une préférence exclusive.

Quand on fait l'extirpation d'un cancer par l'instrument tranchant, on peut conserver la peau qui le couvre, si elle est saine; on doit au contraire l'enlever

avec la tumeur, quand elle présente quelques signes d'altération, mais il importe de ne pas s'en laisser imposer par les apparences; car souvent la peau est affectée sans offrir des signes évidens de son état de maladie, et si on la conserve en pareil cas, non-seulement la rechute est inévitable, mais encore il est douteux qu'on puisse obtenir la cicatrisation de la plaie.

Quand on juge la peau en état d'être conservée, on la divise par une incision longitudinale, ou en T, ou en croix, selon la forme et l'étendue de la tumeur; on dissèque les lambeaux, on isole le cancer et on l'emporte. Quand on croit, au contraire, ne devoir pas ménager la peau, on circonscrit la tumeur par deux incisions semi-elliptiques sur la partie saine de cette membrane, et on enlève ainsi le cancer et les tégumens qui le couvrent. Dans les deux cas, on doit rechercher avec soin, sur la surface et les bords de la plaie, s'il reste encore quelques portions de tissu cellulaire ou de peau malades ou engorgées, dont on ferait encore l'extirpation en les saisissant avec des pinces à disséquer ou avec une érigne. Nous observerons qu'il ne suffit pas que la couleur et l'épaisseur de la peau ne soient point altérées, pour qu'on soit autorisé à conserver cette membrane; lorsqu'elle est enfoncée et comme retirée vers la tumeur, si le point de cet organe qui éprouve cette déviation n'est pas directement et évidemment affecté, au moins est-il très-probable que le tissu cellulaire sous-jacent, dont la crispation ou l'engorgement produit le phénomène dont il s'agit, est malade, et entaché dans un point trop intimement uni à la peau, pour pouvoir en être sé-

paré en conservant cette dernière. On doit ensuite, autant qu'il est possible, lier tous les vaisseaux qui donnent du sang, et panser la plaie différemment, selon qu'on a pu remplir cette dernière condition, et que la peau a pu être conservée. Cette opération est du nombre de celles qui exigent quelquefois assez de temps, et si l'on ne prend pas le parti de s'arrêter pour lier tous les vaisseaux un peu considérables, à mesure qu'on les ouvre, on peut éprouver quelques difficultés pour les retrouver quand l'opération est terminée. Dans le cas où ils se-raient retirés à une trop grande profondeur pour pouvoir être liés ou même distingués, il ne faudrait pas chercher à procurer la réunion immédiate de la peau, quand bien même on l'aurait conservée; il conviendrait, au contraire, de panser la plaie avec de la charpie sèche; tout autre mode de pansement, en rendant impossible une compression suffisante, exposerait à la nécessité de relever l'appareil au bout de peu de temps, pour se rendre maître du sang. Au contraire, dans le cas où des ligatures bien faites répondent suffisamment des vaisseaux ouverts, on peut mettre en place les tégumens conservés, et tenter la réunion par première intention, toutes les fois d'ailleurs que la structure de la partie le permet. Nous croyons presque superflu de dire que la suppuration de la plaie ne peut être d'aucune utilité par rapport à la sûreté de la guérison; de pareilles idées sont trop contraires aux lois physiologiques, pour mériter d'être réfutées.

Lorsque la cicatrisation de la plaie est avancée, on est dans l'usage d'établir un ou plusieurs cautères,

et l'on regarde ce moyen comme propre à prévenir la rechute. Quoique l'on conçoive parfaitement l'inutilité d'un semblable moyen, et que l'on voie tous les jours le cancer se reproduire et faire périr les malades malgré les cautères qu'ils portent, un praticien prudent ne pourrait pas négliger cette précaution, quelque inutile qu'elle paraisse, sans compromettre sa réputation.

Quand le cancer n'est pas de nature à pouvoir être emporté, il faut recourir au traitement palliatif, et l'on doit tourner toutes ses vues alors vers les moyens propres à calmer les douleurs, et à rendre moins cruelle une maladie qui doit nécessairement faire périr le malade; ainsi on prescrira un régime doux et humectant; on donnera de temps en temps un léger minoratif pour entretenir la liberté du ventre; mais d'ailleurs on administrera très-peu de remèdes. Quand le cancer est à l'extérieur, l'opium peut être employé en topique avec le plus grand succès : les fomentations avec une dissolution de son extrait gommeux dans l'eau, ont le désavantage de ne pas séjourner suffisamment sur la partie; et si le cancer est déja ulcéré, les linges ou la charpie que l'on imbibe de cette dissolution, en s'attachant à l'ulcère, causent de fréquentes hémorragies. La manière la plus commode de l'employer comme topique, est de l'incorporer dans un onguent quelconque, dont on charge un plumasseau qu'on applique sur l'ulcère. Nous employons fréquemment l'opium dissous dans l'acétate liquide de plomb, qui jouit d'ailleurs d'une propriété légèrement sédative, mêlé à l'huile récente de pavot, et nous ajoutons un peu de cérat pour donner au tout la consistance d'on-

guent. Cet onguent a souvent calmé des douleurs qui avaient résisté aux fomentations opiacées. On obtient le même effet du mélange d'une once de cérat et d'un gros d'extrait gommeux d'opium. Nous employons rarement l'opium à l'intérieur, parce qu'il produit fréquemment des nausées et des vomissemens qui ne permettent pas d'en continuer long-temps l'usage ; nous avons vu des malades ne pouvoir le supporter. On doit cependant l'essayer ; car il est des cas où il est indispensable, et on doit varier fréquemment ses doses et sa préparation.

On sent facilement combien toute espèce de remède interne doit être inefficace dans ces cas, et combien est peu fondée la confiance que quelques praticiens accordent encore à l'extrait de ciguë; cependant ce remède, qui peut agir en causant un léger degré de stupeur, peut être administré de manière à n'être pas nuisible, et fournir une ressource propre à entretenir la sécurité du malade et à l'empêcher de s'abandonner au désespoir. Néanmoins il ne faut pas perdre de vue que, poussé à une certaine dose, il fatigue l'estomac et trouble la digestion.

Pouteau, pour qui l'eau froide était une sorte de panacée universelle, prétend avoir fait des cures admirables avec ce seul moyen, lorsqu'il a trouvé des malades assez dociles pour se soumettre à la sévérité du régime exclusif de l'eau à la glace. S'il faut l'en croire, les douleurs ont été calmées tant que les malades s'en sont tenus à cette seule boisson, et se sont fait sentir de nouveau quand ils ont repris l'usage des alimens. Mais ce moyen, purement palliatif, en supposant que ses effets fussent

constans, ne pourrait pas être compté au nombre des stupéfians dont on peut tirer parti dans cette circonstance, à cause de la sévérité du régime qu'il exige.

En traçant l'histoire du cancer, nous avons eu soin d'indiquer les questions douteuses auxquelles cette maladie peut donner lieu, et les lacunes que l'observation seule peut remplir. Nous ajouterons encore quelques considérations qui feront sentir de plus en plus combien la science est encore défectueuse sous ce rapport.

Quelle analogie y a-t-il entre les ulcères superficiels et rongeans de la peau, appelés *cancers plats*, les tubercules cancéreux qui se développent dans l'épaisseur du même organe, les tumeurs cancéreuses qui surviennent dans le tissu cellulaire voisin des os, et qui les détruisent, l'ostéo-sarcome proprement dit; les squirrhes ulcérés du pylore, du pancréas, du foie, de la valvule cœcale, les tubercules ulcérés du rectum et de la matrice, et le cancer qui offre la marche la plus franche et la plus évidente, et que l'on observe plus communément au sein et aux testicules?

Quels rapports naturels et indépendans de toute complication y a-t-il entre une tumeur inflammatoire terminée par induration, un squirrhe bénin et un cancer commençant?

Existe-t-il des signes propres à chacune de ces maladies?

Quels signes caractéristiques peuvent faire distinguer une tumeur entretenue par une cause virulente connue, d'avec le véritable cancer commençant?

Jusqu'à quel point ces mêmes affections peuvent-elles se compliquer entr'elles? Quelle influence peuvent-elles

exercer les unes sur les autres, et quel est le pouvoir de l'art dans ces cas?

Le virus cancéreux peut-il exercer une influence générale sur la constitution, indépendante des effets locaux qui lui sont propres? Dans ce cas, quels sont les systèmes d'organes qu'il affecte, et l'ordre des symptômes qu'il produit, etc., etc., etc.?

On pourrait multiplier à l'infini les questions de ce genre. Nous demandons maintenant comment, sans pouvoir répondre à une seule, on pourrait affirmer avoir guéri le véritable cancer par tel ou tel procédé médical ou chirurgical?

Au reste, c'est en poursuivant le cancer dans toutes les parties du corps où la main du Chirurgien peut l'atteindre, que nous achèverons l'histoire de cette affreuse maladie.

Article XI.

De l'Œdème.

L'œdème est une tumeur blanche, froide, molle, indolente, non-circonscrite, qui conserve pendant quelques instans l'impression du doigt qui la presse, revient peu-à-peu à son premier état, et est formée par l'infiltration de la sérosité mêlée avec un peu d'albumine dans les mailles du tissu cellulaire sous-cutané.

Cette infiltration s'étend quelquefois au tissu cellulaire de presque toute l'habitude extérieure du corps, et pour lors elle prend le nom d'anasarque ou de leucophlegmatie; maladie qui appartient à la classe des hydropisies,

et qui n'entre pas dans le plan de cet ouvrage. Mais le plus souvent l'infiltration est bornée à un point plus ou moins étendu du tissu cellulaire sous-cutané, et c'est sous ce dernier rapport qu'elle doit nous occuper.

L'œdème partiel, ou proprement dit, survient facilement chez les sujets dont le système lymphatique, très-developpé, jouit en même temps de peu d'énergie vitale; il est des personnes chez lesquelles l'âge, ou quelques circonstances propres à la constitution paraissent être les seules causes d'un léger œdème habituel de la partie inférieure des jambes. Quoique l'existence du tissu cellulaire, dans une partie, paraisse suffire pour la possibilité du développement de l'œdème, et que sous ce rapport toutes les régions du corps puissent devenir son siège, cependant il en est où on l'observe plus communément, et ce sont celles qui sont les plus éloignées du centre de la circulation, et celles où le tissu cellulaire sous-cutané est lâche, abondant et peu fourni de graisse : tels sont les jambes, les pieds, les mains, la face, les paupières, les grandes lèvres chez la femme, le scrotum et le prépuce chez l'homme. On observe que la déclivité de la partie, et la pesanteur de la sérosité épanchée, entrent pour quelque chose dans l'ordre suivant lequel cette maladie se développe et se propage : quand l'œdème survient aux extrémités inférieures, par exemple, c'est toujours sur le dos du pied et autour des malléoles qu'il commence à se manifester et d'où il s'étend ensuite, en s'élevant, à tout le reste du membre.

L'érysipèle se joint quelquefois à l'œdème, et cette circonstance a engagé quelques auteurs à distinguer l'œ-

dème en chaud ou érysipélateux, et en froid. Mais si l'on considère que l'érysipèle ne survient que lorsque l'œdème a porté à un certain point la distension et l'irritation de la peau, même jusqu'à y produire des ruptures ou crevasses; que l'érysipèle est souvent la suite des scarifications ou des mouchetures que l'on pratique à la peau, dans l'intention de donner issue à la sérosité: que souvent alors l'érysipèle se convertit en dartre, maladie dont l'œdème et l'érysipèle n'ont été que l'occasion, on sera convaincu que cette dernière maladie n'est qu'une complication, qu'elle n'est point une circonstance propre à la première, et, par conséquent, qu'elle ne peut pas fournir les motifs d'une distinction naturelle.

Relativement à ses causes, l'œdème peut être distingué en idiopathique et en symptomatique. Le premier dépend immédiatement d'un défaut ou d'une insuffisance d'action du système lymphatique, soit que ce vice s'étende à la totalité de ce système, soit qu'il s'arrête à la partie malade.

Une constitution molle et faible, un tempérament lymphatique, aidés du séjour prolongé dans une atmosphère humide et privée de lumière; l'habitation dans des lieux bas et marécageux, le séjour presque continuel des jambes dans l'eau, la débilité générale qui succède aux longues maladies ou aux évacuations abondantes, comme les hémorragies excessives, une grande quantité d'eau froide bue pendant que le corps est échauffé et en sueur, disposent à l'œdème idiopathique. Il en est de même de plusieurs causes mécaniques qui s'opposent à la libre circulation de la lymphe dans ses vaisseaux;

telles que les compressions extérieures causées par des bandages, des ligatures, des habits étroits, etc. La plupart des maladies externes, les contusions, les entorses, certaines luxations, les fractures, sur-tout celles où les os sont écrasés, les solutions de continuité des parties molles, les abcès, etc., sont très-souvent suivis d'œdème, qui alors est tantôt dû à la débilité dans laquelle tombent consécutivement tous les vaisseaux de la partie malade, et spécialement les absorbans; tantôt à l'oblitération ou à la gêne de quelques-uns de ces mêmes vaisseaux, comme il arrive dans certaines fractures compliquées, ou à la suite de certaines plaies qui laissent des cicatrices profondes et adhérentes. L'abus des topiques émolliens peut produire le même effet, comme on l'observe fréquemment. L'équitation, la marche et la station prolongées, donnent souvent lieu à l'œdème des extrémités inférieures. On observe encore un léger œdème autour de l'articulation du pied chez les jeunes sujets dont le corps prend de l'accroissement. Les jeunes filles qui vivent à la campagne et se livrent à des travaux pénibles, et les jeunes gens qui ont une constitution athlétique et prennent une nourriture succulente, sont sujets à un œdème qui paraît dépendre d'un état de pléthore du système sanguin. Il en est de même de celui qui survient aux femmes à l'époque de la cessation des règles, et qui est souvent accompagné d'hémorragies; de même aussi de celui qu'on observe chez certains sujets d'un tempérament sanguin, et qui se manifeste à la suite de la suppression des hémorroïdes, ou de celle de toute autre évacuation sanguine périodique, ou habi-

tuelle. L'hydrocèle par infiltration, des vieillards et des enfans, n'est qu'un œdème partiel du scrotum, dont nous parlerons dans la suite.

L'œdème symptomatique suit fréquemment la répercussion des maladies éruptives ; on le voit aussi succéder quelquefois aux violens accès de colique ou à ceux d'hystérie. Il est souvent un symptôme d'abcès profondément situés, et qui sert même à les faire reconnaître, comme on en voit des exemples dans l'empyème ; les abcès au foie, etc. : il paraît toutes les fois que les vaisseaux lymphatiques d'une partie ou d'un membre sont gênés par quelque tumeur placée sur leur trajet ; c'est ainsi que l'anévrisme de l'artère poplitée, parvenu à un certain volume, donne lieu à l'œdème du pied et de la jambe ; que l'engorgement des glandes axillaires qui accompagne le cancer au sein, détermine l'œdème du bras et de la main ; qu'un engorgement considérable situé dans l'abdomen sur le trajet des vaisseaux lymphatiques produit l'engorgement œdémateux des extrémités inférieures, etc. On peut assimiler à ces derniers cas l'œdème qu'on observe fréquemment aux extrémités inférieures des femmes grosses. Cette maladie est souvent un symptôme de l'hydrothorax ou de l'hydropisie ascite ; et comme il est toujours tardif, et que les symptômes positifs de ces deux maladies sont d'abord équivoques, ordinairement le mal a fait d'assez grands progrès quand l'œdème se manifeste. Enfin, c'est un symptôme fréquent des altérations organiques des gros vaisseaux et du cœur, soit dilatation, soit altération des orifices de ce dernier organe : maladies si bien ob-

servées et si savamment décrites par le professeur Corvisart.

Nous avons dit que l'œdème est une tumeur blanche; et en effet, dans la plupart des cas, la peau est décolorée et d'une pâleur remarquable dans les points où elle est distendue par l'œdème, sur-tout quand l'infiltration a déjà atteint le tissu même du derme; la température y est même sensiblement moindre que dans les autres parties, quand la maladie a fait de certains progrès. Cependant, dans l'œdème causé par la pléthore sanguine, la peau qui couvre le tissu cellulaire infiltré est toujours plus ou moins colorée.

L'impression du doigt, que l'œdème conserve et qui dépend du déplacement de la sérosité opéré par la compression, est bien moins marquée et moins durable quand la maladie est récente et peu avancée, ainsi que dans le cas où elle dépend de la pléthore sanguine: alors les lames du tissu cellulaire ont été moins distendues, moins affaiblies, et reviennent plus promptement sur elles-mêmes.

L'œdème qui accompagne la grossesse ne se manifeste guère qu'à un terme avancé; mais il ne se borne pas toujours aux extrémités inférieures, il s'étend quelquefois à toute l'habitude extérieure du corps; cependant l'observation a démontré que le plus souvent cet accident n'est pas grave, à moins qu'il ne dépende d'une autre cause. Quand il est borné aux extrémités inférieures, il est moindre chez les femmes qui font un exercice convenable, que chez celles qui vivent dans l'oisiveté et qui se nourrissent d'alimens succulens.

La sérosité, mêlée avec un peu d'albumine et même de gélatine infiltrée dans le tissu cellulaire sous-cutané, est, comme nous l'avons déjà dit, la cause matérielle de l'œdème. Quand la maladie est récente et peu considérable, les feuillets du tissu cellulaire sont seulement écartés les uns des autres; mais lorsqu'elle est ancienne et considérable, le tissu cellulaire est entièrement décomposé et réduit à une substance filamenteuse, que l'on distingue à peine de la matière infiltrée; et comme la peau n'est formée que par la réunion de plusieurs lames celluleuses fortement appliquées les unes aux autres, la sérosité, dans le progrès de l'infiltration, écarte peu-à-peu ces lames, et se porte enfin jusque sous l'épiderme immédiatement. Dans cet état de l'œdème, les rides de la peau sont entièrement effacées; sa surface est lisse, douce au toucher, et si l'épiderme vient à se rompre, ou si l'on y pratique la plus légère moucheture, la sérosité s'écoule en plus ou moins grande quantité.

Le pronostic de l'œdème est différent, suivant l'espèce de la maladie, la nature de la cause qui l'a produite, l'ancienneté du mal, l'âge et le tempérament du malade. En général, l'œdème idiopathique est moins fâcheux que le symptomatique. Ce dernier est absolument incurable, s'il est causé et entretenu par une maladie qu'on ne puisse guérir : le gonflement œdémateux du bras, par exemple, à l'occasion d'un cancer à la mamelle, étant l'effet de l'engorgement des glandes axillaires, on peut juger que ce symptôme résistera à tous les moyens qu'on pourrait lui opposer. Il en est de même de l'en-

flure œdémateuse des membres inférieurs, lorsqu'elle dépend de l'hydropisie ascite, de l'hydrothorax, de l'altération de quelque organe essentiel, etc. L'œdème récent est, toutes choses égales d'ailleurs, moins fâcheux que celui qui est ancien et invétéré, surtout lorsque dans ce dernier les parties ont presqu'entièrement perdu leur ressort, ensorte que l'impression du doigt ne s'efface point, ou du moins qu'elle subsiste long-temps. L'œdème est moins fâcheux dans les jeunes sujets que chez les personnes avancées en âge. L'œdème chronique des extrémités inférieures dans les vieillards est incurable, parce qu'indépendamment de l'excessive distension des tégumens, il y a atonie et cachexie générale. En général, l'œdème est plus grave dans les personnes d'un tempérament lymphatique, que dans celles d'un tempérament sanguin ou autre.

Lorsque l'œdème idiopathique dépend d'une cause locale qui retarde ou empêche le cours de la lymphe dans les vaisseaux absorbans de la partie affectée, le traitement consiste essentiellement dans l'emploi des moyens propres à détruire cette cause. Ces moyens doivent être différens selon la nature de cette même cause. Quand celle-ci est enlevée, ordinairement l'œdème se dissipe de lui-même; mais on peut hâter sa disparition par l'emploi des moyens usités dans le traitement de l'œdème idiopathique, qui dépend uniquement de l'atonie des solides en général, et de celle des vaisseaux absorbans en particulier.

Ainsi, on donnera à la partie œdémateuse, si cela est possible, une situation favorable au cours de la lymphe,

et on la tiendra chaudement, surtout en hiver. On fera sur cette même partie des frictions sèches, légères et prolongées, avec un morceau de flanelle imprégné de la vapeur du benjoin ou du succin. On pourra l'envelopper avec des compresses imbibées d'une liqueur tonique et résolutive, telle qu'une décoction de quinquina animée avec de l'eau-de-vie camphrée, ou du vin rouge dans lequel on aura fait digérer des roses rouges, de l'écorce de grenade ou des plantes aromatiques. Nous préférons aux compresses un morceau de flanelle double, assez grand pour entourer la partie, dans la duplicature duquel on met des fleurs de sureau, de camomille et de mélilot bien épluchées, et que l'on pique à grands points, pour empêcher les fleurs de se déplacer. On trempe ce morceau de flanelle dans une infusion des mêmes fleurs animée avec de l'eau-de-vie, ou de l'eau vulnéraire, et on l'exprime avant d'en faire l'application. Mais lorsqu'on emploie des topiques liquides, il faut avoir soin de renouveler chaudement les compresses ou les flanelles qui en sont imbibées, dès qu'elles se refroidissent, parce que c'est un inconvénient des topiques de cette espèce de se refroidir facilement. Quand l'œdème est ancien, et qu'il est devenu habituel, à raison de l'affaiblissement extrême de l'action organique des solides, et de la condensation et de la lenteur des sucs séreux et lymphatiques qui y sont infiltrés, on peut espérer quelques succès des boues de Saint-Amand, des bains et des douches d'eau minérales sulfureuses. Mais dans l'œdème idiopathique des membres, et notamment dans celui des jambes, rien n'est plus propre à résister

à l'abord des humeurs, à prévenir un plus grand relâchement des solides, et même à favoriser le rétablissement de leur action organique, que l'application méthodique d'un bandage roulé médiocrement et uniformément serré, qui commence au pied et finit au genou. Les bas de peau de chien ou, mieux encore, de coutil, lacés et plus ou moins serrés, que le malade peut garder jour et nuit pendant long-temps, sont plus commodes et moins embarrassans. Avant d'appliquer la bande ou le bas lacé, on doit masser la partie pendant long-temps, et la frotter ensuite avec des linges ou des flanelles imprégnées de la vapeur du benjoin ou de toute autre substance analogue. La compression est surtout nécessaire dans l'œdème idiopathique des jambes, lorsque les malades sont forcés de se tenir debout ou de marcher. Je pourrais rapporter plusieurs observations qui confirment les bons effets de la compression dans ce cas-là : je me bornerai à un seul. Un homme portait depuis long-temps un engorgement pâteux de toute la jambe, suite d'une entorse au pied qui avait été traitée par un empirique. L'engorgement était encore dans le même état trois mois après l'accident, malgré des applications toniques de toute espèce, et l'usage intérieur des médicamens diurétiques et fortifians; moyens qui avaient été sans efficacité, parce que le malade était forcé à se tenir debout et à marcher. Je conseillai l'usage d'un bandage roulé, que j'appliquai moi-même avec soin, et ce simple moyen, auquel on substitua bientôt un bas de peau de chien lacé, guérit en peu de temps cet engorgement œdémateux que rien n'avait pu dissiper jusqu'alors.

On peut seconder l'effet des applications locales, quand on le juge convenable, par des boissons apéritives et diurétiques; quelquefois on emploie les anti-scorbutiques et on y joint quelque préparation scillitique; on entretient la liberté du ventre par des lavemens ou par des laxatifs pris par intervalles; sur la fin, on donne toujours avec avantage des toniques, tels que le fer, le quinquina, etc. Mais en général, le secours des remèdes généraux n'est utile dans le traitement de l'œdème idiopathique, qu'autant qu'il est joint à une débilité générale du système lymphatique; le plus souvent la suppression de la cause qui l'a produit, et quelques remèdes locaux, suffisent pour le faire disparaître; il suffit même souvent de la première condition, comme nous l'avons dit plus haut.

On sent que le traitement de l'œdème doit être différent, lorsque cette maladie dépend d'une cause générale, comme la pléthore sanguine, la suppression de quelque hémorragie habituelle, etc.; mais ces considérations étant toutes du ressort de la pathologie interne, nous ne nous y arrêterons point.

Il est évident aussi que l'œdème symptomatique n'étant que l'effet d'une autre maladie, c'est vers cette dernière qu'il faut diriger toute son attention; mais ce n'est pas ici le lieu de s'en occuper. Nous dirons seulement, que quand la maladie dont l'œdème dépendait est guérie, si le symptôme subsiste, on peut faire usage des moyens locaux dont nous avons parlé.

Lorsque l'œdème est général, qu'il est parvenu au plus haut degré, et qu'il a résisté à tous les moyens cura-

tifs, on regarde comme le secours le plus efficace, de faire des scarifications à la partie interne et inférieure des jambes, près des malléoles, et même à la partie interne et inférieure des cuisses. Ce moyen procure en effet un soulagement prompt par l'effusion de la sérosité infiltrée; quelquefois même, en peu de temps, l'œdème disparaît totalement; mais cette évacuation excessive affaiblit quelquefois les malades au point de les faire périr. D'un autre côté, il survient presque toujours après ces scarifications une inflammation érysipélateuse, qui, malgré les topiques les plus actifs, se termine par gangrène, et accélère singulièrement la perte des malades.

Les mouchetures n'ont pas les mêmes inconvéniens; aussi leur donne-t-on la préférence. On les pratique sur les endroits les plus luisans de l'œdème. Elles se font avec la pointe d'une lancette, comme une égratignure; on les multiplie autant qu'il est nécessaire, parce qu'elles ne causent point de douleur, et ne laissent pas de procurer l'écoulement de la sérosité infiltrée.

Au reste, quand on jugera les mouchetures nécessaires pour la cure de l'œdème, elles mériteront toujours la préférence sur l'application des vésicatoires et sur celle de la pierre à cautère, qui ont été proposées pour procurer l'évacuation de la sérosité infiltrée; car l'expérience a appris que ces moyens, surtout les vésicatoires, produisent une irritation plus ou moins vive, et une inflammation qui ne tarde pas à dégénérer en gangrène.

De l'Œdème des femmes nouvellement accouchées.

C'est une infiltration séreuse, précédée et quelquefois accompagnée de symptômes inflammatoires des glandes lymphatiques de la partie qui en est le siége.

Cette maladie attaque rarement les femmes enceintes; elle survient le plus souvent après l'accouchement, du dixième au quinzième jour; cependant l'époque de son invasion est sujette à de grandes variations, et l'on peut dire qu'une nouvelle accouchée ne peut être regardée comme exempte de cette maladie, qu'après son entier rétablissement.

Presque toujours cet œdème a son siége aux extrémités inférieures; cependant il existe quelques exemples qui semblent prouver que les extrémités supérieures n'en sont pas exemptes. Il est rare que les deux membres soient affectés en même temps, mais fréquemment la maladie les attaque d'une manière successive.

On peut considérer comme causes prédisposantes, une maladie antérieure, une gestation laborieuse, la mauvaise nouriture, un excès de sensibilité, des veilles prolongées, un accouchement difficile, des écarts dans le régime, le défaut d'allaitement ou le sévrage inconsidéré, une vive émotion, l'état d'excitation ordinaire des glandes inguinales et iliaques à l'époque de l'accouchement, les sueurs copieuses, et même la seule transpiration habituelle de tous les environs de la vulve après l'accouchement, et l'humidité dans laquelle ces parties sont tenues par les évacuations naturelles à cette époque.

L'action du froid est presque toujours la cause déterminante, et elle agit d'autant plus efficacement, que cette cause supprime facilement la transpiration, toujours très-marquée dans ces parties, immédiatement après l'accouchement, et que ces mêmes parties sont d'autant plus sensibles aux variations de la température, qu'elles sont habituellement humectées. Aussi cet œdème est-il rare dans les pays chauds. S'il faut en croire les voyageurs, cet accident, et tous ceux qu'on appelle *laiteux*, sont inconnus en Egypte. A. Petit prétend que dans nos climats, l'œdème dont il s'agit est plus fréquent en été qu'en hiver, à cause de la négligence que l'on croit pouvoir se permettre dans la première de ces deux saisons.

On a d'abord regardé la suppression des lochies comme la cause directe de cette maladie, et dans la suite on l'a attribuée à une métastase laiteuse. Mais si l'on considère que la suppression des lochies et de la sécrétion du lait, n'est pas une circonstance essentielle à cette maladie, puisqu'on l'a vue survenir à des nourrices qui n'ont pas cessé d'allaiter leur enfant, et dont les lochies coulaient encore; que quand la suspension de ces deux fonctions a lieu, elle n'est jamais que consécutive et ne survient que lorsque la maladie est déjà assez avancée, on n'aura pas de peine à se convaincre de la fausseté de ces deux opinions, et l'on se persuadera aisément qu'on a confondu avec la cause, un effet conditionnel ou une circonstance variable. Les phénomènes essentiels de cette maladie étant l'engorgement inflammatoire des glandes lymphatiques iliaques, ou des inguinales, ou de celles du jarret,

et des principaux vaisseaux lymphatiques de tout le membre, et consécutivement l'infiltration du tissu cellulaire, il est plus raisonnable de la regarder comme le produit d'une cause irritante qui exerce son action sur les glandes et les vaisseaux lymphatiques, d'où résultent l'affluence des humeurs vers les mêmes parties, et le défaut d'absorption de la lymphe.

La femme nouvellement accouchée qui a été soumise à l'action du froid, et chez laquelle cette cause doit avoir pour effet la maladie dont il s'agit, éprouve tout-à-coup un malaise universel, des frissons irréguliers, une douleur et un sentiment de pesanteur dans l'une des fosses iliaques, un engourdissement dans la cuisse du même côté, avec douleur et tension inflammatoire des glandes inguinales. Il est extrêmement rare que la maladie ne fasse pas de nouveaux progrès : le plus souvent, au contraire, la douleur s'étend bientôt le long de la cuisse; il se manifeste à sa face interne, dans la direction des principaux vaisseaux lymphatiques, une espèce de corde douloureuse, d'une teinte rosée, présentant des renflemens ou espèces de nœuds. C'est alors, pour l'ordinaire, que les lochies se suppriment, que les mamelles s'affaissent, que la sécrétion du lait cesse, et que la fièvre s'allume. Cette dernière affecte souvent le type d'intermittente ou de rémittente, avec une exacerbation le soir. La fièvre ne manque que chez quelques femmes peu irritables, lorsque la maladie est très-légère. La douleur plus ou moins vive, selon la susceptibilité des sujets et l'intensité de l'inflammation, augmente par l'extension et diminue par la flexion des cuisses et des jambes; aussi

les malades gardent-elles presque constamment cette dernière attitude. Quelquefois la douleur empêche toute espèce de mouvement du membre.

Ordinairement après les deux premiers jours les douleurs diminuent et l'infiltration survient. Elle s'annonce d'abord à la cuisse, fait des progès pendant six, huit ou dix jours, et parvient quelquefois au point de doubler le volume du membre. En même temps que l'infiltration de la cuisse se déclare, une tension inflammatoire, semblable à celle de cette partie, s'étend sous forme de corde le long de la face interne de la jambe, le jarret devient raide, et la flexion du genou impossible. Au bout de trente-six ou quarante-huit heures, la douleur et la tension inflammatoires diminuent à la jambe, et l'infiltration leur succède. Ces mêmes phénomènes se renouvellent aussitôt au pied, où la douleur et l'infiltration se succèdent dans le même ordre qu'à la cuisse et à la jambe; quelquefois cependant le pied est affecté en même temps que la jambe. L'œdème ainsi répandu sur tout le membre, ne reçoit pas et ne conserve pas aussi facilement l'impression du doigt, que l'œdème proprement dit. L'histoire des deux maladies établit d'ailleurs de si grandes différences entre l'une et l'autre, qu'il n'est guère possible de les confondre.

L'inflammation est quelquefois assez intense dans le tissu cellulaire, pour donner lieu à des abcès plus ou moins considérables, mais qui ne s'ouvrent pas spontanément, parce que la peau n'est jamais assez enflammée, dans ce cas, pour pouvoir s'amincir et se rompre. La matière contenue dans ces dépôts est séro-purulente et

semblable à celle des épanchemens qui se font dans la poitrine ou le bas-ventre à la suite de l'inflammation de la plèvre ou du péritoine. Tantôt elle est disséminée et infiltrée dans le tissu cellulaire, et se rassemble en petits foyers plus ou moins nombreux; tantôt elle forme des collections étendues qui occupent la plus grande partie du membre, et causent un décollement considérable de la peau, et des désordres proportionnés à la quantité de matière rassemblée dans un même foyer.

Mais cette maladie ne parvient pas toujours à ce dernier degré, constamment très grave; une foule de circonstances peuvent la faire varier, et chez quelques sujets elle se borne aux symptômes inflammatoires qui ne sont pas suivis de l'infiltration.

Quand elle se borne à l'infiltration ou même à l'inflammation, elle n'est pas dangereuse, et quelques semaines suffisent pour sa terminaison; mais quand la suppuration survient, le cas est beaucoup plus grave, surtout lorsqu'elle forme des foyers très-vastes, et que la malade est fort affaiblie, comme il arrive d'ordinaire en pareil cas. Alors l'abondance de la suppuration peut devenir mortelle par l'épuisement des forces; et si la malade échappe à ce dernier danger, la cure est toujours longue et difficile, tant à cause de l'étendue du désordre et du décollement d'une grande portion de peau, que par la faiblesse qu'il est impossible d'éviter.

Au moment de l'invasion et dès les premiers temps de la maladie, on doit chercher à rétablir les fonctions supprimées, et à calmer l'irritation dont les glandes et les vaisseaux lymphatiques sont le siège. Ainsi la malade

sera tenue chaudement, et elle usera de boissons légèrement diaphorétiques ; on administrera des lavemens, des bains de jambes bien chauds ; on emploiera les fumigations dirigées vers la vulve, et l'on appliquera même des sangsues aux grandes lèvres ; on pourrait aussi tirer de bons effets d'un bain de vapeur auquel on exposerait toute l'habitude du corps (1) ; on irritera les mamelles, soit en donnant à téter à un enfant, soit par le moyen d'un suçoir de verre.

En même temps on fera des frictions légères et chaudes avec une flanelle pénétrée d'huile d'olives ou d'amandes douces, sur les parties enflammées, ou bien on les couvrira de cataplasmes émolliens ou de compresses trempées dans une décoction relâchante et anodine.

On ne doit user qu'avec la plus grande réserve de la saignée proposée par quelques-uns, comme un remède presqu'exclusif dans ce cas ; nous la regardons comme rarement indiquée, et comme pouvant facilement déterminer l'adynamie à laquelle les malades ne sont que trop disposées en pareil cas. Il n'en est pas de même des vomitifs ; ce moyen, autant préconisé par Doublet, que la saignée par Puzos, produit les plus heureux effets toutes

---

(1) Ce moyen, employé par un procédé très-ingénieux, dont notre collègue M. Chaussier a heureusement introduit l'usage à l'hospice de la Maternité, consiste à tenir les couvertures du lit soulevées au-dessus de la malade, par le moyen d'un archet suffisamment étendu, et à conduire, avec un tube réfléchi, la vapeur d'une boîte fumigatoire où l'on entretient de l'eau bouillante.

les fois qu'il existe des signes d'embarras gastrique. Il peut même être d'une utilité générale, administré dès le début, par la secousse générale qu'il communique, par la transpiration dont son effet est suivi, par son action antispasmodique, et par l'activité qu'il peut communiquer à tout le système lymphatique.

Lorsque les douleurs sont dissipées et que l'œdème leur a succédé, les applications résolutives, les fomentations aromatiques, peuvent être employées avec avantage. C'est alors aussi que les diurétiques, les purgatifs doux, les boissons apéritives chargées d'acétate de potasse (terre foliée de tartre), ou de sulfate de potasse (sel de duobus) pourront être utiles. Quand l'infiltration est considérable et qu'elle résiste à ces premiers moyens, les préparations scillitiques, les stimulans, les toniques, le quinquina, la rhubarbe, sont indiqués.

Lorsqu'il survient des abcès, il convient de donner issue au pus dès que la fluctuation est manifeste; on fera les ouvertures et contre-ouvertures nécessaires, si le dépôt est vaste et la peau décollée dans une grande étendue; et lorsque le dégorgement sera opéré, on favorisera le recollement des tégumens en pratiquant la compression expulsive. Il importe toujours, en pareil cas, de soutenir les forces de la malade par les moyens convenables.

On voit d'après ce que nous venons de dire touchant cette maladie, le cas que l'on doit faire de tous les prétendus anti-laiteux auxquels on a attribué la propriété de la prévenir. Tous, sans en excepter même le petit-lait de Weiss (1), qui peut être utile dans quelques circons-

(1) La composition de ce remède, dans lequel il entrait d'a-

tances, n'ont d'autre propriété que d'être évacuans. Le seul moyen qui puisse être considéré comme préservatif, consiste dans le soin d'entretenir autour des femmes nouvellement accouchées une température égale et suffisamment élevée, et de ne pas les découvrir inconsidérément; encore ces précautions ne suffisent-elles pas toujours.

Article XII.

Des Loupes.

Les loupes sont des tumeurs circonscrites et indolentes, formées sous la peau, par une matière plus ou moins consistante, contenue dans une enveloppe propre, ou dans plusieurs cellules du tissu cellulaire.

Ces tumeurs n'ont été observées que dans le tissu cellulaire sous-cutané; si l'on voit se développer quelquefois dans l'épaisseur des membres, ou dans celle des viscères contenus dans les grandes cavités du corps, des tumeurs qui semblent avoir quelqu'analogie avec celles-ci, elles en diffèrent cependant par leur structure et par la nature de la matière dont elles sont formées.

---

bord seize plantes dont les propriétés n'étaient nullement en rapport, a été simplifiée par la Société royale de Médecine. Elle consiste, d'après cette réforme, en fleurs de sureau, de caille-lait jaune, de millé-pertuis, de chaque un scrupule; follicules de séné et sulfate de magnésie (sel d'epsom), depuis un demi-gros jusqu'à un gros. On fait infuser ces substances pendant douze heures dans une chopine de petit-lait, à prendre en deux fois, le matin à jeun, à une heure d'intervalle.

A l'exception des lèvres, où le tissu cellulaire est très-rare, de la paume des mains, de la plante des pieds, des doigts et des parties génitales de l'homme seulement, il n'y a pas de point de la surface du corps où l'on ne rencontre quelquefois des loupes; on en voit même se développer dans l'épaisseur des grandes lèvres et du mont de Vénus. Nous verrons dans la suite que la situation de ces tumeurs doit être prise en grande considération pour le choix et l'administration des moyens curatifs.

On en observe quelquefois plusieurs sur le même sujet, et dans ce cas, il est rare qu'elles parviennent à un volume considérable. D'autres fois une seule loupe se borne à un volume médiocre, et se conserve ainsi pendant un grand nombre d'années et même durant toute la vie; mais d'ordinaire, quand une loupe est seule, elle s'accroît, quelquefois même avec rapidité, et peut acquérir un volume énorme. On en a vu d'assez grosses pour peser jusqu'à trente à quarante livres.

La forme que ces tumeurs affectent est sujette à de grandes variations. Elle dépend en général du plus ou moins de résistance que la peau et les parties qui leur servent de base, opposent à leur développement. Le plus communément elles ont une forme globuleuse; souvent aussi elles représentent un cône à base large, peu élevé et fort obtus à son sommet; quelquefois elles sont piriformes, et tiennent à un pédicule plus ou moins étroit; d'autres fois elles sont plus ou moins déprimées sur une base large, avec ou sans retrécissement en manière de collet. Cette dernière forme a fait donner aux loupes du crâne, qui l'affectent plus particulièrement,

les noms de *testudo*, *talpa*, par comparaison avec les animaux qui portent les mêmes noms. La forme des loupes n'est pas indifférente par rapport au traitement.

La structure des loupes offre des différences qu'il importe de considérer. Il en est un grand nombre dont la matière est contenue dans un sac ou enveloppe particulière située immédiatement au-dessous de la peau; d'autres ne présentent pas cette enveloppe ou kyste, et la matière qui les forme est contenue dans un grand nombre de cellules plus ou moins spacieuses; ce qui nous donnera occasion de distinguer ces tumeurs en enkystées et en non enkystées.

Celles qui présentent un kyste, diffèrent entr'elles par la nature et les qualités de la matière contenue: quelquefois on y rencontre une humeur limpide, séreuse, qui constitue pour lors une espèce d'hydropisie enkystée; d'autres fois c'est un liquide lactescent, sanguinolent, etc. Mais le plus communément le kyste renferme une matière jaune, visqueuse, de la consistance du miel, ou bien la matière qu'il contient est d'un blanc grisâtre, grumelée, d'une consistance analogue à celle de la bouillie. Dans le premier cas, la tumeur reçoit le nom de *méliceris*, et dans le second, celui d'*athérôme*. Enfin, il est des cas où la matière de l'athérôme, ou celle du méliceris se trouve mêlée à des poils plus ou moins longs, différant entr'eux par la couleur et par la consistance, tantôt libres, tantôt adhérens à la surface intérieure du kyste.

Parmi les loupes qui n'ont point de kyste, les unes sont formées par la graisse dégénérée, privée de sa cou-

leur jaune naturelle, devenue blanche et dure, contenue dans des loges du tissu cellulaire distendues, et jointe à une plus ou moindre grande quantité de lymphe : on les nomme *stéatômes.* D'autres sont formées par la graisse ayant conservé ses propriétés naturelles, à cela près d'un peu plus de consistance, contenues de même dans le tissu cellulaire distendu; on les nomme *lipômes.*

Louis et plusieurs autres auteurs ont prétendu que la distinction admise par Littre, entre le lipôme et le stéatôme, n'était point naturelle, et que ces tumeurs ne différaient en rien. Mais non-seulement elles diffèrent par la nature de la matière contenue et par des circonstances propres à la formation du diagnostic, mais encore le stéatôme jouit exclusivement de la funeste propriété de dégénérer quelquefois en cancer.

Si on examine attentivement ces diverses sortes de loupes, voici ce qu'on observe : le kyste de celles qui en ont un présente une surface extérieure convexe, unie d'une manière plus ou moins intime aux parties voisines par le moyen du tissu cellulaire environnant; une surface interne concave, libre, en contact avec la matière contenue, plus ou moins égale, et comparable en général à la surface libre des membranes séreuses, altérée par un certain degré d'inflammation : l'épaisseur de cette poche est moindre dans le méliceris que dans l'athérôme; mais en général elle est en raison du volume et de l'ancienneté de la tumeur. Il est facile de se convaincre que le kyste est formé uniquement de lames de tissu cellulaire superposées, et que les intérieures sont plus intimement unies entr'elles que les extérieures.

Quant à la matière contenue dans le méliceris et dans l'athérôme, il est difficile de dire ce qu'elle est; mais il est impossible de n'y pas reconnaître une analogie frappante avec ce que les chimistes ont appelé *gras*, en lequel dégénèrent toutes les substances animales.

Dans le stéatôme et le lipôme, on trouve immédiatement au-dessous de la peau un tissu cellulaire dont les aréoles distendues sont converties en cellules d'une ampleur quelquefois fort grande, et proportionnée au volume de la tumeur. Ces cellules contenant la graisse dégénérée, ou la graisse dans son état naturel, sont réunies par un tissu cellulaire de nature différente, qui ne contient pas une humeur semblable, et qui est simplement humecté par la perspiration lymphatique ordinaire à ce tissu. Selon Morgagni, si l'on fend un stéatôme ou un lipôme, parallèlement à sa longueur, on voit les cellules stéatomateuses ou lipomateuses du pédicule rangées parallèlement entr'elles, et se diviser et subdiviser dans l'intérieur de la tumeur, à la manière des vaisseaux. Si l'on coupe ces tumeurs à leur base ou à leur pédicule, et à diverses distances dans leur longueur, perpendiculairement à leur axe, on voit que les cellules sont plus pressées dans le pédicule, et assemblées d'une manière plus lâche dans tout le reste de l'étendue de la tumeur. Enfin, on trouve à leur base le tissu cellulaire sain continu avec celui qui constitue la maladie, et l'on peut apprécier la différence de l'un à l'autre.

Nous avons déjà dit que la matière contenue dans le lipôme et dans le stéatôme est la graisse, plus abondante et un peu plus consistante que dans l'état naturel, dans

le premier ; blanche, ferme, dégénérée et mêlée de lymphe, dans une plus ou moins grande proportion, dans le second. Nous avons annoncé pareillement que le stéatome est susceptible de dégénération cancéreuse ; nous ajouterons ici que cette dégénération est d'autant plus à craindre, que la proportion de la lymphe est plus grande dans le stéatome.

Une opinion, que l'état actuel des connaissances anatomiques et l'observation ne permettent plus d'admettre, attribuait la formation des loupes à l'état contre-nature de prétendues glandes situées au-dessous de la peau : on supposait que l'oblitération de leur conduit excréteur donnait lieu à la distension des parois de ce même conduit, lesquelles devenaient ainsi celles du kyste, et que la matière contenue dans la tumeur était le produit de la sécrétion, altéré par son séjour. On voit d'abord que cette théorie ne s'appliquerait qu'aux loupes enkystées ; en second lieu, il n'existe pas dans le tissu cellulaire, qui est constamment le siège de ces tumeurs, de glandes dont l'état maladif puisse se prêter à cette explication. On observe d'ailleurs des maladies des follicules muqueux de la peau qui sont placés dans l'épaisseur du derme et près de sa surface extérieure, lesquelles sont bien différentes des loupes, cemme nous le verrons dans la suite. Enfin, depuis les travaux de Morgagni, on ne peut plus douter de la nature celluleuse des kystes, et la texture entièrement celluleuse du stéatôme et du lipôme est de toute évidence. Il est bien plus probable que l'altération de la sécrétion naturelle d'une ou de plusieurs aréoles du tissu cellulaire, et leur distension

par l'accumulation de la matière sécrétée donne lieu à la formation des loupes, enkystées ou non enkystées. Mais, dans tous les cas, l'altération des solides donne-t-elle à la matière secrétée les caractères qu'on lui trouve, ou bien sont-ils le produit d'une dégénération amenée par son séjour? Quelles circonstances peuvent rendre raison de la génération singulière des poils dans quelques-unes de ces tumeurs? Ont-ils toujours des bulbes dans les parois du kyste? Ces bulbes eux-mêmes ont-ils été développés accidentellement dans les parois de cette poche, ou bien sont-ce des bulbes de la peau dont la direction a été changée? Jusqu'à quel point cette déviation est-elle probable, et quelles causes peuvent en rendre raison?

Quoi qu'il en soit, lorsque le stéatôme est ancien, et qu'il passe à l'état squirrheux et successivement à l'état cancéreux, il devient de plus en plus dur, inégal, les lobes graisseux se confondent, et la coupe de la tumeur ne présente plus qu'une substance lardacée, homogène, en tout semblable à celle des tumeurs carcinomateuses.

Il survient quelquefois devant la rotule et sur l'olécrâne, à la suite d'un coup, d'une chute ou d'une pression prolongée, une tumeur enkystée, qui a son siège dans le tissu cellulaire sous-cutané de cette région, et qui renferme une humeur moins consistante que celle des loupes, et semblable à l'humeur synoviale qui lubréfie les gaînes des tendons.

Ordinairement le développement des loupes est spontané; on en voit paraître un plus ou moins grand nombre sur le même sujet, de même nature ou de nature diffé-

rente, sans qu'on puisse indiquer aucune cause ni interne ni externe. Cependant on accuse souvent les coups, les chutes, les pressions ou les frottemens réitérés; et si le plus souvent ces causes sont étrangères à la maladie, il faut convenir aussi que quelquefois on ne peut pas refuser de les admettre, au moins comme occasionnelles.

Les loupes se présentent sous la forme de tumeurs circonscrites, plus ou moins volumineuses, plus ou moins rapprochées de la forme globuleuse ou oblongue, indolentes et sans changement de couleur à la peau. Elles roulent sous le doigt, et jouissent d'une mobilité, même par rapport à la peau, qu'on ne remarque pas dans les autres espèces de tumeurs. Elles font quelquefois des progrès rapides, et lorsqu'elles ont acquis un volume considérable, elles deviennent adhérentes à la peau; mais le plus souvent leurs progrès sont lents, et quelquefois même elles restent stationnaires durant toute la vie.

A ces caractères généraux, on peut en joindre de particuliers qui se rapportent à chaque espèce de ces tumeurs, et qui servent quelquefois à les distinguer.

Ainsi dans le méliceris, la tumeur est molle, élastique, fluctuante, et se relève promptement quand on cesse de la comprimer. Dans l'athérôme, elle est moins rénitente, plus pâteuse, et se rétablit lentement dans sa forme primitive; cependant la consistance de la matière de l'une et de l'autre de ces deux espèces est sujette à tant de variations, la rénitence du kyste peut tellement différer par son épaisseur et par le degré auquel il est rempli, que bien souvent on ne peut prononcer sur l'espèce de la tumeur qu'après son ouverture.

Le stéatôme se présente sous la forme d'une tumeur plus ou moins volumineuse, dure, inégale, mobile sous les doigts, mais peu compressible, et surtout peu élastique; on sent au toucher qu'elle est formée de plusieurs lobes, et l'on distingue même à travers la peau, les intervalles qui les séparent. Enfin, le lipôme présente une tumeur ordinairement volumineuse, molle, flasque, élastique, mais point rénitente, quelquefois suspendue à un pédicule, d'un toucher doux, et que l'on pourrait appeler spongieux, si on voulait représenter exactement la sensation qu'elle cause.

Malgré ces signes communs aux loupes, et ces caractères propres à chaque espèce, il est souvent difficile, non-seulement de les distinguer entre elles, mais encore de ne pas les confondre avec les tumeurs squirrheuses, surtout quand les loupes sont bien rénitentes et dures; ensorte que souvent on ne s'aperçoit de la méprise, que pendant ou après l'opération. A la vérité, cette difficulté n'est d'aucune conséquence, puisque l'extirpation du kyste de la loupe et celle du squirrhe sont également nécessaires.

En général, tant qu'une loupe n'a pas acquis un volume extraordinaire, qu'elle ne cause pas une grande difformité, et qu'elle ne gêne pas les fonctions de quelque organe important, elle n'est pas une maladie fâcheuse; on peut même la porter long-temps sans inconvénient. Mais les loupes peuvent devenir dangereuses par le volume extrême qu'elles sont susceptibles d'acquérir, comme on le voit quelquefois dans le lipôme, et surtout dans le stéatôme; et alors leur extirpation peut être suivie d'accidens graves et même mortels.

Un marinier portait à la partie externe du bras, une loupe volumineuse, du poids de huit ou dix livres, qui fut extirpée par Desault. Il ne survint d'abord aucun accident, mais la suppuration devint excessive, la fièvre s'alluma et le malade affaibli de plus en plus finit par succomber. Il est probable que cette opération aurait réussi, si elle avait été pratiquée avant que la tumeur eût fait de tels progrès.

Le mélicéris et l'athérôme sont toujours moins dangereux que le stéatôme, parce qu'ils ne deviennent jamais aussi volumineux, et qu'ils ne sont pas susceptibles de dégénérer en carcinomes.

La situation des loupes sur telle ou telle partie du corps, et auprès de certains organes essentiels dont elles peuvent gêner les fonctions, ou que l'on peut compromettre dans leur extirpation, influe beaucoup sur le pronostic.

Le vulgaire pense qu'on ne doit pas toucher aux loupes, dans la crainte de quelque métastase dangereuse. Ce préjugé, accrédité par des médecins peu observateurs, est tout-à-fait dépourvu de fondement. Une loupe est une maladie purement locale, qui ne peut avoir aucune influence sur le reste de l'économie, et son extirpation n'a d'autre danger que celui de l'opération même.

Les loupes peuvent se terminer par résolution ou par suppuration; elles peuvent rester stationnaires durant toute la vie; enfin, comme nous l'avons déjà dit, il en est qui peuvent dégénérer en cancer.

Les moyens que l'art peut employer pour la guérison de ces tumeurs, sont les résolutifs, les applications exci-

tantes, propres à déterminer la suppuration, les caustiques, la ligature, l'extirpation, et l'amputation.

La résolution est, sans contredit, la terminaison la plus favorable des loupes, mais rarement la nature parvient-elle à l'opérer, et les moyens de l'art sont ordinairement inefficaces sous ce rapport. Il semble que, le plus souvent, la surface interne du kyste, dans le méliceris et l'athérôme, et celle des cellules du stéatôme et du lipome, soient trop altérées pour que les vaisseaux absorbans puissent y exercer leurs fonctions, d'ailleurs si actives. Cependant, il est une espèce de ces tumeurs où la résolution s'opère quelquefois spontanément, et peut être favorisée par des applications convenables; ce sont les tumeurs enkystées qui surviennent devant la rotule. Ces tumeurs ont une base large, semblent adhérer à l'os, et sont formées, comme nous l'avons déjà dit, d'un kyste mince contenant une humeur limpide, visqueuse, semblable à la synovie, et bien différente de la matière du méliceris, de l'athérôme, etc. : on réussit fréquemment, dans ce cas, par des applications excitantes, telles que des compresses trempées dans une dissolution de muriate d'ammoniaque, etc. Les anciens employaient les douches et les frictions sèches. Louis a proposé les fumigations avec le vinaigre, dans lequel on fait dissoudre de la gomme ammoniaque; ces moyens pourraient trouver leur application dans ce cas. On a vu de ces tumeurs, dont le kyste s'était rompu fortuitement, guérie à la manière des ganglions écrasés; Saviard rapporte une observation où les choses se passèrent ainsi. Il serait peut-être possible d'imiter ce procédé dans quelques circonstances favorables.

Une femme portait sur le genou une loupe de la grosseur du poing, qui était survenue à la suite d'une chute, et dont on avait déjà proposé l'extirpation. Ayant été consulté, je prescrivis l'application de compresses trempées dans une dissolution du muriate d'ammoniaque, à la dose d'une once sur une pinte d'eau. La tumeur ne tarda pas à diminuer, et finit par disparaître complètement. Un jeune homme qui me fut adressé par mon respectable collègue M. Pinel, portait, sur la rotule droite, une tumeur de cette espèce, plus grosse qu'un œuf de poule, qui céda au même moyen.

Quand cette sorte de tumeur résiste à l'application des topiques résolutifs, on peut faire une ponction, vider la tumeur, et tenir ensuite les parois du kyste rapprochées par une compression méthodique. On a obtenu de cette manière l'adhérence des parois et l'oblitération de la cavité.

Si ce procédé ne réussit pas, et que l'ouverture de la ponction étant cicatrisée la tumeur reparaisse, on peut employer un moyen simple et analogue à celui de l'opération de l'hydrocèle, en injectant, comme dans cette dernière maladie, du vin chaud dans la cavité du kyste. Si les parois de la poche n'étaient pas suffisamment enflammées par cette injection, il n'y aurait aucun inconvénient à recommencer l'opération, et l'on se servirait alors d'alcool, ou d'une dissolution légèrement chargée de potasse caustique au lieu de vin. Dans un cas de cette nature, après avoir vidé de nouveau la tumeur par une seconde ponction, j'injectai du vin tiède dans le kyste. Cette injection ayant excité une inflammation convenable, l'a-

dhérence des parois de la poche eut lieu, et la guérison fût parfaite.

Pourrait-on employer ce dernier moyen dans le mélicéris et l'athérôme récens, et qui ont pris rapidement un accroissement considérable? Nous n'avons pas de fait à citer en faveur de ce procédé, mais on en trouve dans l'excellent Mémoire de Chopart; cet estimable Chirurgien a guéri de cette manière des loupes situées à la face, et il serait bien avantageux que ce procédé pût être employé plus fréquemment dans ce cas-là. Cependant Valsalva et Morgagni sont parvenus souvent à obtenir la résolution des loupes des paupières et de la face par des applications prolongées d'eau de sureau et d'ammoniaque liquide, et il n'y a pas de praticien qui n'ait obtenu des succès en pareil cas par le moyen de quelque substance emplastique. Comme les cicatrices sont toujours difformes et désagréables dans ces parties, et que d'ailleurs le kyste des tumeurs qui s'y développent est mince, et l'humeur contenue peu consistante, il faut toujours tenter la résolution avant d'en venir à une opération. Mais l'effet des applications résolutives est toujours très-lent, quand il doit être heureux, et ordinairement la longue application des emplâtres de ciguë, de diabotanum, de savon qu'on y emploie, échauffe et enflamme la peau.

Il arrive assez rarement que l'inflammation et la suppuration surviennent aux loupes; cependant quelquefois le kyste et la peau s'enflamment, la suppuration a lieu, et la tumeur ouverte à son sommet, se vide d'abord de la matière qu'elle contient; ensuite elle fournit une

humeur ichoreuse et fétide, qui entretient l'ouverture et la rend fistuleuse. Quelquefois aussi l'inflammation s'étend à tout le tissu céllulaire qui environne le kyste et au kyste lui-même dans son entier, ensorte qu'il est séparé des parties voisines par la suppuration, et qu'à l'ouverture de la peau il s'échappe avec le pus, ou peut être retiré sans peine. Mais cette terminaison heureuse est bien rare, et il ne dépend guère de l'art de la provoquer. Tout ce qui est en son pouvoir, c'est de favoriser la suppuration, quand l'état inflammatoire de la tumeur et de la peau qui la couvre, annonce cette tendance. Les topiques irritans, connus sous le nom de maturatifs, conviennent dans ce cas. Mais hors ces dispositions naturelles, les applications de cette espèce seraient inutiles, et leur effet se bornerait à l'irritation et à l'inflammation superficielle de la peau.

L'action des caustiques doit être dirigée d'une manière différente, selon la nature de la loupe qu'on se propose de détruire par leur moyen. Dans le méliceris et l'athérôme, on a pour but, en les employant, de faire à la tumeur une ouverture avec perte de substance, de provoquer l'exfoliation du kyste, ou l'inflammation de sa surface interne, de transformer cette dernière en une surface enflammée et suppurante dont on puisse obtenir l'adhésion des parois et l'oblitération solide de la cavité. Dans le stéatôme et le lipôme, on doit chercher à détruire successivement toute la tumeur par des applications réitérées, ou son pédicule, quand elle en a un assez étroit.

Dans le premier cas, on couvre la tumeur d'un em-

plâtre de diachylon gommé, auquel on a pratiqué une ouverture proportionnée à l'étendue de l'escarre qu'on se propose de produire (1). On place dans cette ouverture un morceau de potasse caustique qu'on entoure d'un peu de charpie, et l'on applique par dessus un second emplâtre. Au bout de quatre heures, l'action du caustique est terminée, et à la levée de l'appareil on trouve une escarre plus ou moins étendue et qui pénètre ordinairement jusqu'au kyste. Si après la chute de l'escarre on s'aperçoit que le kyste n'est point entamé, on peut réitérer l'application du caustique. La tumeur étant ouverte et vidée, il reste encore la plus grande partie du kyste dans des conditions peu favorables à la guérison, quoiqu'il doive être légèrement enflammé. Il convient donc de cautériser la surface entière de cette poche, soit par le moyen du beurre d'antimoine (muriate d'antimoine liquide), soit par la potasse déliquescente, soit

---

(1) Il ne faut pas perdre de vue que la potasse caustique que l'on préfère ordinairement dans ce cas, étend toujours son action au loin, et cautérise la peau dans une plus grande étendue que celle qu'on laisse à découvert, quelle que soit la tenacité de l'emplâtre que l'on emploie, et quelque soin que l'on mette à son application; ainsi une ouverture médiocre suffit pour obtenir une escarre assez étendue. On peut voir dans l'excellent Mémoire de Chopart, inséré dans le quatrième volume des Prix de l'Académie de Chirurgie de Paris, les expériences comparatives que cet auteur a faites sur l'action des divers caustiques.

par l'acide sulfurique. On trempe un bourdonnet de charpie dans un de ces caustiques, et après l'avoir secoué ou exprimé, on le promène sur la surface du kyste. Il en résulte une escarre superficielle qui se sépare bientôt, et laisse à sa place des bourgeons charnus à la faveur desquels, après le dégorgement, les parois de la cavité rapprochées s'agglutinent.

Ce mode de traitement par les caustiques, quoique douloureux, est ordinairement préféré par les malades, et l'on peut condescendre à leurs désirs toutes les fois que la situation de la tumeur le permet, et qu'on peut espérer de parvenir à la détruire par deux ou trois applications. Mais lorsque la loupe est située dans un lieu apparent, comme sur la face, etc., il faut prévenir le malade qu'en employant les caustiques, la cicatrice sera étendue et difforme. Dans les cas même les plus favorables à l'emploi de cette méthode, on ne doit l'adopter qu'autant que le malade se refuse à l'opération; car les caustiques sont beaucoup moins fidèles et plus difficiles à manier que l'instrument tranchant; et si le kyste se trouve épais et dur, il peut facilement passer à l'état cancéreux par les cautérisations réitérées qu'il exige. C'est ce que j'ai vu arriver chez une femme qui portait depuis long-temps une loupe indolente, et qui succomba à la dégénération cancéreuse de cette tumeur, provoquée par l'usage imprudent des caustiques. Il est d'ailleurs facile de concevoir que, telle que nous venons de la décrire, cette méthode ne convient qu'aux loupes enkystées, au mélicéris et à l'athérôme; le volume qu'acquiert ordinairement le stéatôme rendrait nécessaire un

grand nombre d'applications du caustique pour détruire ces tumeurs, et le caractère quelquefois suspect de ces dernières rend extrêmement dangereuses ces cautérisations réitérées. Quant au lipôme, on a dit qu'après avoir entamé la peau par les caustiques, il suffisait de placer de temps en temps quelques grains de pierre à cautère dans la masse graisseuse pour la faire tomber en mortification; mais on sent facilement que cette méthode doit être extrêmement infidèle, en ce qu'il est impossible de prévoir l'étendue de l'action du caustique sur cette masse molle, et qu'elle a du moins l'inconvénient d'être fort longue. Il existe pour ces deux cas des méthodes bien plus sûres et bien plus expéditives, et qui, par conséquent, méritent la préférence; ce sont la ligature, et l'extirpation ou l'amputation.

Par la ligature on se propose d'intercepter toute communication entre la tumeur et les vaisseaux de la partie sur laquelle elle s'est développée, et de la séparer du corps par la destruction successive de sa base, au moyen de la compression du lien qui l'embrasse. On sent déjà que cette méthode suppose une base rétrécie en forme de col, un véritable pédicule; or, cette condition l'exclut nécessairement du traitement du méliceris et de l'athérôme, qui sont ordinairement aplatis et ont une base trop étendue, même quand cette base présente une sorte de rainure circulaire, comme il arrive quelquefois aux loupes de la tête. Ainsi le stéatôme et le lipôme sont les seules loupes dont la conformation soit favorable à l'emploi de cette méthode; il faut encore, pour qu'elle y soit admissible, que le pédicule de ces tumeurs soit peu volumineux.

La ligature a l'inconvénient de causer des douleurs très-vives, jusqu'après la destruction de la peau du pédicule de la tumeur, par la constriction du lien qui l'embrasse. Pour éviter ces douleurs, on est dans l'usage de désorganiser d'abord les tégumens par le moyen d'un caustique, et cette précaution est importante; on peut entourer le pédicule d'un ou de plusieurs fils de coton trempés dans une dissolution concentrée de potasse caustique, ou bien placer, autour de la base étroite de la tumeur, une bandelette de diachylon gommé, dans l'épaisseur de laquelle on a enchâssé des fragmens rapprochés de potasse. A la levée de cet appareil, on trouve une escarre circulaire qui comprend toute l'épaisseur de la peau, et que l'on fend pour placer la ligature dans le fond de l'incision. Le lien ne portant alors que sur le tissu cellulaire, son action ne cause presque point de douleur. La tumeur ne tarde pas à se séparer, et il ne reste qu'une plaie simple, peu étendue et facile à cicatriser. Si, après la chute de la tumeur, il restait quelque portion de tissu cellulaire, altérée et participant à la maladie, on la détruirait facilement par l'action du caustique.

M.*** portait à la partie supérieure interne de la cuisse un lipôme de la grosseur du poing, qui le gênait surtout pour monter à cheval. Il me consulta sur les moyens de s'en débarrasser; mais il craignait l'opération. La forme de la tumeur permettant l'emploi de la ligature, je lui promis de le guérir sans le faire souffrir. J'appliquai le caustique autour du pédicule, de la manière que nous venons d'exposer; au bout de six heures, je levai l'ap-

pareil, je fendis l'escarre circulairement, et je plaçai la ligature que je serrai convenablement. La tumeur se sépara au bout de quelques jours, et il ne resta qu'une plaie simple, de la grandeur d'un écu de trois livres, qui fut promptement cicatrisée.

L'extirpation et l'amputation des loupes sont les deux moyens les plus sûrs que l'on puisse employer pour leur guérison. Le premier de ces procédés opératoires consiste à emporter la totalité de la tumeur, en conservant la peau qui la couvre; par le second, on emporte la peau avec la tumeur. L'un et l'autre procédés supposent que la base de la tumeur est libre, et n'adhère pas à des parties qu'il importe de ménager.

Il est toujours utile de conserver la peau qui couvre une loupe, et à moins que cette membrane ne soit altérée et adhérente à la tumeur, il est toujours possible de le faire, quelque distendue qu'elle soit d'ailleurs; sous ce rapport, l'extirpation, toutes les fois qu'elle est praticable, mérite la préférence sur l'amputation.

Quand la tumeur est peu volumineuse, il suffit souvent de fendre la peau par une seule incision, dont on dissèque et écarte les lèvres pour emporter la totalité de la tumeur. Ce procédé a le grand avantage de permettre la réunion immédiate, et d'abréger singulièrement la cure.

Quand la tumeur est trop volumineuse pour qu'on puisse l'isoler commodément par une seule incision, on peut diviser la peau par une incision en T ou en croix, séparer les lambeaux et les réappliquer après l'extirpation.

Dans ces incisions des tégumens, il faut agir avec ménagement quand il s'agit d'un méliceris ou d'un athérôme, afin de ne pas ouvrir le kyste, qui est toujours beaucoup plus difficile à disséquer alors, que lorsqu'il n'a point été vidé, et qu'il conserve sa rénitence. On est exposé à cet accident quand on se sert d'un instrument qui coupe mal, comme il nous est arrivé une fois. Dans ce cas, si le kyste n'est pas fort adhérent, comme il arrive le plus souvent, on l'enlève entièrement en détruisant ses adhérences celluleuses avec les parties voisines. Si cela n'est pas possible, on doit chercher à en enlever la plus grande partie par la dissection, et se conduire ensuite comme dans le cas où le kyste est adhérent à quelqu'organe important.

Si la tumeur répond à un gros vaisseau, ou à quelque conduit excréteur, il faut s'assurer de la profondeur de sa base et de sa mobilité; et si l'on juge possible de l'emporter en entier, il faut agir avec circonspection, afin de ne pas s'exposer à intéresser des parties importantes. Mais si la base de la tumeur, située profondément, adhérait d'une manière intime à quelque vaisseau qu'il fût dangereux d'ouvrir, à un tendon qu'il importât de ne pas dépouiller ou à quelque grande articulation, on ne pourrait pas se dispenser alors d'en laisser la base, et l'on se contenterait d'enlever toute sa partie saillante, en la dépouillant d'abord des tégumens qui la couvrent. Si, dans ce cas, le kyste n'est pas très-épais, il se trouve quelquefois dans des dispositions favorables à l'inflammation adhésive, et il peut suffire alors de réappliquer les lambeaux des tégumens sur la

portion du kyste qu'on a été obligé de laisser, pour obtenir une réunion presque immédiate.

Un ecclésiastique portait dans le creux du jarret une loupe enkystée. Ayant mis la tumeur à découvert par la dissection des quatre lambeaux d'une incision cruciale, je trouvai sa base si profondément adhérente aux parties sous-jacentes, que dans la crainte d'intéresser ces dernières, et sur-tout le nerf poplité, je me contentai d'emporter la partie saillante du kyste. Les lambeaux des tégumens ayant été appliqués sur le reste, ils se recollèrent promptement, et la guérison fut complète en moins de quinze jours. Dans un cas analogue, Chopart emporta la tumeur près de sa base, et la portion du kyste qu'il laissa, ayant été pansée avec de la charpie, se dessecha et tint lieu des tégumens qu'il avait emportés avec la portion saillante du kyste. Le plus souvent la portion du kyste qu'on est obligé de laisser, s'enflamme, suppure, et si l'on n'a pas conservé la peau, la guérison est fort longue. Il est donc avantageux alors d'avoir ouvert la tumeur par une incision cruciale; on excite la suppuration de la portion du kyste qu'on n'a pas pu séparer, et lorsque le dégorgement est opéré, on réapplique les lambeaux. Cette méthode est préférable à celle de Chopart.

Il importe toujours de conserver la peau, et l'on ne doit se déterminer à la sacrifier qu'autant qu'elle est fort adhérente à la tumeur, et altérée; encore dans ce cas, ne doit-on emporter que la portion véritablement malade, en la cernant par deux incisions semi-elliptiques. L'amputation des loupes ne convient donc que dans le cas

où la peau est altérée, ou dans les lipômes et les stéatômes extrêmement volumineux que l'on ne juge pas à propos d'attaquer par la ligature.

Nous terminerons cet article par quelques considérations sur une affection particulière dont les follicules de la peau sont le siége. La sécrétion sébacée de ces petits sacs devient quelquefois très-abondante, et la matière de cette secrétion acquiert en même temps plus de consistance que dans l'état naturel, soit que l'organe qui la prépare la fournisse dans cet état, soit que cette circonstance extraordinaire soit le résultat de son séjour. Cette affection s'observe dans diverses régions du corps; mais sur-tout dans celles où les follicules cutanés sont nombreux; ainsi il n'est pas rare de l'observer à la face et particulièrement aux environs du nez, etc. Le séjour de l'humeur sébacée, accumulée dans les follicules, distend la cavité de ceux-ci, et donnant lieu à l'épaississement de leurs parois, les transforme en de véritables kystes. D'un autre côté, le sac d'un de ces follicules ne saurait être distendu, sans que l'ouverture dont il est percé, et par laquelle l'humeur sécrétée est transmise habituellement à la surface de la peau, n'augmente aussi de diamètre; ce qui rendrait infiniment plus facile et même continuel l'écoulement de la matière sécrétée, si elle n'avait pas changé de consistance. Enfin, la portion de l'humeur qui correspond à l'ouverture agrandie du follicule malade, desséchée et noircie par le contact de l'air extérieur, forme un bouchon solide qui s'opposerait à l'écoulement du reste de cette matière,

quand bien même elle aurait conservé assez de fluidité pour profiter de l'agrandissement de l'ouverture.

Quand cette maladie commence, on ne distingue presque pas de tumeur; mais on remarque, lorsque plusieurs follicules sont affectés ensemble, comme il arrive le plus souvent au nez; on remarque, dis-je, quelques petites inégalités, légèrement rouges, semblables à celles que présente la surface de la peau dans la production du phénomène appelé *chair de poule*, et du sommet desquelles s'échappent, quand on les comprime, autant de petits cylindres d'une matière qui a la consistance du suif.

Dans un temps plus avancé, la légère rougeur qui colorait le sommet de la petite élévation qui correspond à l'ouverture du follicule, s'efface; cette petite élévation s'applanit; et la maladie se présente sous la forme d'une tumeur plus ou moins étendue, large, mais plate et soulevant à peine la peau, d'une consistance pâteuse, compressible et conservant long-temps la forme qu'on lui communique par la compression, adhérente à la peau, et manisfestement identifiée avec elle, libre de toute adhérence avec les parties sous-jacentes, présentant à son centre une ouverture plus ou moins étendue, régulièrement circulaire, sans aucune trace d'inflammation ni d'ulcération, dont les bords sont minces, et dont le milieu est occupé par une matière brune, qui ne dépasse pas son niveau et qui paraît fendillée. Si l'on détache cette matière du contour de l'ouverture, ce qui est facile à faire avec le bout d'un stylet, elle se sépare sous la forme d'un bouchon plus ou moins solide; et l'ouverture une fois libre, si l'on comprime la tumeur laté-

ralement, on en exprime avec plus ou moins de facilité une matière de la consistance du suif presque figé, et d'une couleur jaune ou fauve, plus ou moins intense. Quand, par des compressions suffisamment réitérées, on a vidé totalement la cavité du follicule, on en voit la surface intérieure plus ou moins rouge, et on en distingue les parois manifestement épaissies, et offrant les apparences d'un kyste.

Les organes qu'affecte cette maladie, sont les seuls auxquels pourrait convenir la fausse étiologie des loupes dont nous avons fait mention précédemment; mais on voit par la description que nous venons d'en donner, combien l'affection propre des follicules cutanés diffère des loupes, et qu'on ne peut confondre ces deux genres de maladies.

Celle-ci, entièrement locale et dépendante de causes inconnues, n'est accompagnée d'aucun danger; elle n'occuperait même jamais les gens de l'art, si elle ne causait des difformités, comme quand elle a son siége à la face. Elle est exempte de douleurs, et ne cause d'autre sensation que celle d'un prurit plus ou moins fréquent, à moins qu'elle ne doive être le siége de quelque complication plus grave.

On sait trop peu en quoi consiste l'altération des fonctions du follicule malade, pour qu'on cherche à le rétablir dans son état naturel; aussi n'existe-t-il pas de traitement méthodique, et la guérison de cette difformité est toute fondée sur la destruction du follicule affecté. Quand l'ouverture est suffisante, on y peut introduire un lévier crochu, comme celui que forme l'extrémité d'une spatule,

et s'en servir pour accrocher le kyste par la paroi opposée et l'arracher en entier. Cette petite opération est d'autant plus facile, que les parois du follicule sont fort épaissies et solides, et qu'il ne tient aux parties environnantes que par du tissu cellulaire, dont la consistance est bien moindre, et dont la sensibilité est fort obtuse.

On peut aussi, après avoir vidé le kyste de toute la matière sébacée qu'il contenait, introduire dans la cavité un caustique capable de le détruire en entier, ou d'en ulcérer la surface ; après quoi l'on peut se conduire comme dans les cas analogues du traitement des loupes enkystées ; mais, non-seulement ce procédé est moins expéditif que le précédent, mais encore il est moins sûr, parce qu'on n'est pas toujours certain d'avoir vidé exactement la cavité de l'humeur épaisse qu'elle contentait, et que quelque portion du kyste peut échapper ainsi à l'action du caustique et renouveller la maladie.

CHAPITRE II.

Des Ulcères.

ARTICLE PREMIER.

Des Ulcères en général.

On entend par ulcère une solution de continuité de parties molles, plus ou moins ancienne, accompagnée d'un écoulement de matière purulente, et entretenue par un vice local, ou par une cause interne.

La plupart des auteurs et des praticiens ont confondu les plaies simples qui suppurent, avec les ulcères. Mais la plus simple réflexion suffit pour faire saisir la différence qui distingue ces deux sortes de solutions de continuité. Dans la plaie simple qui n'est point maintenue réunie, l'inflammation, la suppuration, le dégorgement et la cicatrisation se succèdent régulièrement, et la nature accomplit la guérison par ses seuls efforts, plus ou moins favorisés par les procédés de l'art. Dans l'ulcère, au contraire, les efforts médicatifs de la nature sont nuls, ou ils sont insuffisans, ou même il existe un ordre de phénomènes qui tendent à l'augmentation de la maladie; toutes circonstances qui tiennent ou à un vice local, ou à un état maladif qui affecte toute la constitution.

Les ulcères peuvent affecter non-seulement tous les points de la surface extérieure du corps, mais encore tous ceux des surfaces intérieures destinées à souffrir le contact de l'air ou des autres agens extérieurs; surfaces tapissées par des membranes désignées sous le nom de muqueuses, et qui joignent à cette analogie d'affection celle de structure qui les rapproche de la peau : ainsi la membrane muqueuse de la bouche, celle des fosses nasales, du larynx, des poumons, du pharynx, de l'estomac, des intestins, de l'utérus, de la vessie, sont sujettes aux ulcérations, tout aussi bien que le derme. Mais nous ne devons considérer ici que les ulcères de la surface extérieure du corps.

On observe en général que les ulcères surviennent le plus fréquemment aux extrémités inférieures, et nous verrons, quand nous entrerons dans le détail de leurs espèces et de leurs causes, que cette sorte de prédilection tient, soit à la débilité relative qu'entraîne l'exercice plus fréquent de ces membres, soit à l'irritation que la même cause renouvelle sans cesse, soit aux difficultés que la circulation y éprouve.

On sent aisément que l'étendue effective de tout ulcère dépend de celle de la solution de continuité qui lui a donné naissance, ou de celle de la perte de substance que la partie a éprouvée. Cependant un ulcère n'est pas toujours aussi étendu, soit en largeur, soit en profondeur, qu'il paraît l'être d'abord; le gonflement de ses bords, la distension de la peau par l'engorgement de la partie où il a son siége, lui donnent souvent, à cet égard, des apparences bien éloignées de la réalité.

La forme des ulcères est sujette à de grandes variétés. Quelquefois ils sont fort irréguliers et comme découpés par leurs bords; d'autres fois ils se rapprochent plus ou moins de la forme oblongue; quelquefois aussi ils affectent la forme circulaire. Leurs bords sont tantôt minces, tantôt élevés et plus ou moins durs, et quelquefois même renversés. On peut tirer de toutes ces circonstances des inductions relatives à la cause qui entretient l'ulcère. On a observé depuis très-long-temps que la forme ronde était la moins favorable au travail de la cicatrisation des plaies et des ulcères, et les anciens, considérant cette forme comme la seule cause des difficultés que l'on éprouve en pareil cas, ont donné le précepte de la changer par diverses opérations. Il est incontestable que cette forme d'un ulcère en elle-même se prête peu à la cicatrisation, et la rend difficile; pour s'en convaincre, il suffit de se rappeler que la guérison d'une plaie qui suppure, dépend principalement de l'affaissement des bords et de leur rapprochement mutuel; phénomène qui ne saurait avoir lieu avec autant de facilité dans un ulcère de forme circulaire, où tous les points de la circonférence sont également éloignés du centre. Rien ne s'oppose absolument à l'affaissement qui est la suite du dégorgement des parties, et au rapprochement des bords qui en résulte; mais tout acheminement ultérieur de ces mêmes bords, qui, dans les autres cas, les porte presque jusqu'au contact mutuel, et tient peut-être à l'action du tissu cellulaire, n'a pas lieu aussi facilement dans celui-ci, et la cicatrice proprement dite est toujours plus étendue. Mais ce qui fait la prin-

cipale difficulté de la cicatrisation des ulcères de forme ronde, c'est, d'une part, que ceux qui affectent cette figure, sont ordinairement entretenus par une cause interne, et de l'autre, que le plus souvent ils sont avec perte de substance. Dans ce dernier cas, l'affaissement des bords n'est que de peu d'utilité pour la formation de la cicatrice, qui dépend alors en grande partie de la dessiccation de la surface ulcérée.

Comme nous l'avons déjà dit, tout ulcère est entretenu par une cause particulière, qui rend nuls ou insuffisans les efforts de la nature pour la guérison. Or, la cause qui s'oppose à la guérison, peut être interne ou externe; quelquefois même ces deux genres de causes se trouvent réunis dans un ulcère; circonstance d'autant plus importante à considérer, qu'on aurait vainement combattu le vice intérieur, si l'on ne songeait pas en même temps au vice local qui peut encore entretenir long-temps la solution de continuité, et la rendre même incurable malgré la destruction du vice général.

L'expérience a démontré que parmi les causes internes il faut compter le virus vénérien, et les vices dartreux, scrophuleux, scorbutique et cancéreux: les ulcères prennent le nom de celles de ces causes internes qui les entretiennent. On observe aussi des ulcérations entretenues par un vice indéterminé de la constitution, qui sont d'autant plus difficiles à guérir, que la nature de la cause étant inconnue, elle ne fournit aucune indication positive. On parvient néanmoins quelquefois à obtenir la cicatrisation, dans ces cas équivoques, en employant les moyens internes généraux, connus sous

les noms d'*altérans* et de *dépuratifs*, qui agissent alors probablement en changeant l'état vicieux des solides et des humeurs. Il faut mettre au même rang que les vices internes dont nous venons de parler, les difficultés qui peuvent provenir de l'âge du malade, de son tempérament, de sa profession, de sa manière de vivre, du climat qu'il habite, etc.

Les causes externes ou locales qui peuvent entretenir les ulcères, sont nombreuses et variées. Tantôt la peau qui forme le contour ou les bords d'un ulcère, est décollée, amincie, privée de tissu cellulaire, et, en quelque sorte, désorganisée; on appelle cette espèce, ulcère cutané. Tantôt la totalité de l'ulcère, ou ses bords seulement, sont habituellement enflammés : on l'appelle alors ulcère avec inflammation. Quelquefois le tissu cellulaire du fond, ou celui des bords de l'ulcère, a contracté une dureté calleuse; dans ce cas, l'ulcère se nomme calleux. D'autres fois les veines du membre où l'ulcère a son siège, sont dans un état de dilatation variqueuse; il prend alors le nom d'ulcère variqueux : espèce qui se complique souvent avec la précédente. Quelques-uns sont entretenus par le boursoufflement extraordinaire et l'état fongueux des chairs; ils portent le nom d'ulcères fongueux, qu'il faut bien distinguer des ulcères avec carie, et de ceux avec altération d'un cartilage, d'un tendon, d'une aponévrose, où la fongosité n'est qu'un symptôme. D'autres sont entretenus par des larves d'insectes, dont les œufs ont été déposés par du linge ou par toute autre pièce d'appareil; ils sont connus sous le nom de vermineux. Peut-on ranger parmi les ulcères

entretenus par une cause locale, les ulcères du visage connus sous le nom de chancreux? Existe-t-il des exemples bien authentiques d'ulcères de ce genre guéris par les procédés connus, et dont la guérison ait été suivie d'accidens qui prouvent leur rapport avec une cause interne? Quoiqu'il y ait de grandes probabilités en faveur du premier sentiment, ces questions ne nous paraissent pas pouvoir être encore résolues d'une manière satisfaisante. Il est aussi des ulcères entretenus par une altération locale indéterminée, et dont on ne peut obtenir la guérison que par la destruction de la surface ulcérée, au moyen des caustiques, et en se procurant ainsi une surface nouvelle, dont les dispositions soient plus favorables au travail de la cicatrisation. Enfin, les corps étrangers peuvent entretenir long-temps une solution de continuité; mais alors l'ulcère devient fistuleux, et ce n'est pas ici le lieu de s'en occuper.

Aux espèces que nous venons d'énumérer, il faut encore ajouter l'ulcère gangréneux, soit que la gangrène résulte de l'inflammation produite par un agent externe; soit qu'elle provienne de la déposition soudaine d'une cause délétère qui était répandue dans l'économie animale. L'inflammation qui précède constamment la mortification dans les deux cas, mais sur-tout dans le premier, change la couleur et la nature de la suppuration, l'apparence de l'ulcère, et lui donne un aspect hideux et dégoûtant. C'est ce que les anciens ont décrit sous les noms d'ulcères sordides, cacoèthes, chironiens, téléphiens, loups, etc.; dénominations tirées, ou de l'aspect de l'ulcère, ou du nom de ceux qui s'étaient fait

une réputation par la guérison de ces maladies, etc.

Pour concevoir l'influence que les causes générales ou locales que nous venons d'indiquer, exercent sur les ulcères, il faut rappeler les principes que nous avons exposés à l'occasion des plaies simples qui suppurent : nous avons fait voir comment le gonflement inflammatoire des bords donnait lieu aux apparences d'une perte de substance, ou faisait paraître cette déperdition beaucoup plus considérable qu'elle n'est en effet quand elle a lieu ; nous avons démontré que l'affaissement de ces mêmes bords et le léger boursouflement du fond, phénomènes qui surviennent consécutivement et à mesure que l'inflammation se dissipe, nivellent à-peu-près la totalité de la surface, et opèrent la réduction de la plus grande partie de la plaie, en remettant les choses presque dans l'état où elles étaient au moment de la solution de continuité : mais il reste une petite étendue sur laquelle la peau ne peut point s'avancer, et cette étendue est beaucoup plus grande quand il y a eu perte de substance. C'est dans cet espace seulement qu'il doit se former une véritable cicatrice. Or, ce que l'on sait jusqu'à présent du mécanisme de ce travail, c'est que les bourgeons charnus qui forment cette partie du fond de la plaie sur laquelle la peau ne peut s'étendre, se couvrent, avec le temps, d'une pellicule membraniforme qui les lie entr'eux, qui se dessèche, s'organise et remplace les tégumens naturels. L'analogie porte à croire que cette pellicule est formée par l'albumine qui fournit également la matière des adhérences contre-nature entre les parties médiocrement enflammées ; et il est probable que la condi-

tion essentielle de la formation des cicatrices, est la réduction de l'inflammation jusqu'à ce degré où le tissu cellulaire, développé sous forme de bourgeons charnus, fournit une perspiration d'albumine au lieu de pus. Il est probable aussi que l'effet des causes, soit internes, soit externes, qui donnent lieu aux ulcères ou qui les entretiennent, est de maintenir l'inflammation au-dessus ou au-dessous de ce degré convenable. Quoi qu'il en soit, au moins est-il vrai que l'on voit des ulcères trop enflammés et d'autres qui ne le sont pas assez, et que l'on pourrait les ranger dans deux classes fondées sur cette distinction : dans la première se trouveraient l'ulcère inflammatoire, le vermineux, le calleux, le variqueux, le gangréneux, le cancéreux; dans la seconde, seraient l'ulcère vénérien, le scrophuleux, le fongueux, le scorbutique, etc., distinction de pure curiosité, qui n'a de rapports qu'avec l'exactitude de l'histoire de la maladie, et qui ne renferme que des idées trop vagues et trop générales pour être d'une grande utilité dans la formation du diagnostic et dans la détermination du traitement.

Ordinairement les ulcères qui dépendent d'une cause générale ou intérieure, surviennent spontanément, accompagnés ou précédés de divers phénomènes qui sont propres à chacune des causes qui peuvent leur donner naissance, et que nous aurons soin d'exposer en décrivant chaque espèce particulière. Au contraire, ceux qui sont entretenus par une cause locale ou externe, sont toujours produits par une cause différente de celle qui les entretient; ainsi ils succèdent souvent à un abcès ou à une solution de continuité accidentelle.

Les ulcères sont plus ou moins difficiles à guérir selon diverses circonstances : 1.° les ulcères des jambes sont plus difficiles à guérir que ceux des extrémités supérieures, à cause de l'exercice fréquent et pénible des premières, et des difficultés que la circulation y éprouve. 2.° Ceux qui occupent une partie où la peau est garnie de peu de tissu cellulaire et dans un état habituel de tension, sont difficiles à cicatriser, à cause du peu d'avantage que procurent l'affaissement et le dégorgement des bords : tels sont les ulcères situés sur la face interne du tibia et sur la crête du même os. 3.° Par les mêmes raisons, on obtient difficilement et lentement la cicatrisation des ulcères avec perte de substance. 4.° Les ulcères qui dépendent d'une cause intérieure sont d'autant plus difficiles à guérir que cette cause est inconnue, ou qu'on a moins de moyens de la combattre. 5.° Ceux même qui dépendent d'un vice interne connu, et pour la destruction duquel l'art possède des moyens efficaces, peuvent être difficiles à guérir, et devenir même incurables, si la constitution est profondément affectée. 6.° Parmi les causes locales capables d'entretenir un ulcère, il en est de faciles à combattre ; telle est l'inflammation ; d'autres sont plus difficiles à détruire, comme la callosité, etc. 7.° Enfin, les ulcères récens sont plus faciles à guérir que ceux qui sont anciens ; on guérit plus facilement ceux qui ont lieu sur de jeunes sujets que ceux qui affectent les vieillards.

L'idée que les ulcères sont un moyen de dépuration habituelle, a fait agiter souvent la question s'il n'y en a point qu'on doive respecter, et qu'il serait dangereux

de guérir. Mais si l'ulcère dépend d'une cause interne ou externe qu'il soit au pouvoir de l'art de détruire, quel est la danger qui peut résulter de sa cicatrisation ? Il ne peut y en avoir d'autre que celui de la suppression soudaine d'une évacuation devenue importante, non pas sous le rapport de la qualité de la matière évacuée, mais sous celui de la direction que les forces vitales ont contractée depuis long-temps pour la produire : c'est alors une fonction qui, par le temps qu'elle a déja duré, et par la force de l'habitude qu'elle a introduite dans la constitution, est devenue partie essentielle de l'état habituel de santé, et qu'il pourrait être dangereux de supprimer tout-à-coup et sans précautions. Mais dans ce cas, on peut rompre l'habitude par de nouveaux changemens, comme ceux que peuvent causer un régime moins nourrissant, des purgatifs réitérés de temps en temps ; et, s'il le faut même, un exutoire que l'on peut supprimer à son tour et au bout d'un certain temps. Cependant, il faut que la constitution puisse se prêter à l'action de ces moyens, ce que l'on ne peut guère espérer chez les sujets d'un âge fort avancé; ainsi, chez les vieillards, il est plus prudent de ne pas tenter la guérison des ulcères très-anciens qui fournissent une suppuration abondante.

L'indication générale relative à la guérison des ulcères, consiste à détruire la cause particulière, soit interne, soit externe, qui les entretient, et après les avoir réduits par là à la condition des plaies simples qui suppurent, à les traiter selon les principes généraux relatifs à cette sorte de lésion. Nous allons exposer, en

parcourant les diverses espèces d'ulcères, les moyens convenables à chacune d'elles; et pour mettre dans cet examen toute la clarté possible, nous commencerons par les cas les plus simples, ceux où l'ulcère est entretenu par une cause locale. Néanmoins, avant d'entrer dans le détail des espèces particulières d'ulcères, nous ferons une réflexion générale relative au traitement. Nous verrons bientôt que la compression a été reconnue comme un moyen très-efficace pour la guérison des ulcères variqueux; on l'a proposée successivement pour d'autres espèces, et l'on en est venu à croire qu'elle pouvait être utile dans le traitement de toutes les espèces d'ulcères; mais l'expérience a démontré aujourd'hui combien cette idée est fausse, ainsi que nous le prouverons dans la suite.

Article II.

Des Ulcères entretenus par une cause locale.

§. I.er *Des Ulcères cutanés.*

Quand il survient une tumeur inflammatoire dont le siège est le tissu cellulaire sous-cutané, et qu'elle passe à la suppuration, si l'inflammation est suffisante et la marche de l'abcès franche, naturelle, et telle qu'on l'observe dans le phlegmon *exquis*, le tissu cellulaire est repoussé par la collection purulente, et non pas détruit; ou du moins il ne l'est qu'en très-petite partie; l'inflammation s'étend du point central de l'engorgement

vers la peau, et l'ouverture spontanée qui a lieu, ou celle que l'on pratique dans la partie la plus saillante et la plus molle de la tumeur, en donnant issue au pus qu'elle contient, permet aussi au tissu cellulaire du fond et à celui qui double la peau, de revenir sur lui-même, et d'effacer la cavité qu'occupait la matière purulente. C'est ce qui arrive en effet en peu de jours, et la cicatrisation qui ne tarde pas à avoir lieu, ne laisse ni dépression, ni aucune autre apparence de perte de substance.

Mais lorsqu'au contraire l'abcès, accompagné de peu d'inflammation, est du genre de ceux qu'on appelle froids, ce qui s'observe particulièrement sur les sujets scrophuleux, ou chez ceux dont la débilité du systême lymphatique annonce une tendance à cette maladie, alors le pus se forme lentement, et son séjour prolongé donne lieu à la destruction de la plus grande partie ou même de la totalité du tissu cellulaire sous-cutané; la peau est amincie, et quelquefois même désorganisée à tel point, qu'avant ou après l'ouverture de l'abcès une certaine étendue de cette membrane tombe en mortification. En même temps le tissu cellulaire du fond et celui qui double la peau, quand il en reste, est dans un état de relâchement et d'atonie qui l'empêche de se prêter aux phénomènes de la cicatrisation. Cette seule disposition suffit pour entretenir la solution de continuité, et la convertir en ulcère; c'est celui que nous appelons cutané, et que quelques auteurs ont appelé fistuleux. Cette dernière dénomination est impropre, car le mot fistule suppose un trajet, un conduit d'une cer-

taine étendue; disposition qui n'a point lieu dans le cas dont il s'agit.

L'ulcère cutané peut aussi être le résultat, soit d'un grand abcès accompagné d'une inflammation violente et de la mortification du tissu cellulaire, soit d'une lésion externe, comme l'action d'un corps contondant qui produirait le même effet.

Cette espèce d'ulcère est facile à reconnaître, et d'ailleurs les signes commémoratifs peuvent être de quelque utilité : un abcès froid qui s'est ouvert de lui-même, ou que l'on n'a ouvert que très-tard et après un séjour prolongé de la matière purulente, est déjà un préjugé en faveur de l'existence d'un ulcère cutané. D'un autre côté, un ulcère ordinairement de peu d'étendue, entouré d'une peau brune ou violette, décollée, mince, quelquefois découpée irrégulièrement, et sous laquelle on peut faire glisser librement une sonde, est nécessairement entretenu par un vice de la peau. Quant aux moyens de le distinguer d'avec une fistule, il suffit de considérer s'il est situé dans une partie où l'on observe ordinairement des fistules, de s'assurer si la sonde peut parcourir une certaine étendue dans une même direction, et de comparer la quantité de suppuration fournie par l'ulcère avec son étendue connue. Ainsi, lorsqu'aux signes commémoratifs dont nous avons parlé, on peut joindre les considérations suivantes : qu'il n'y a dans le voisinage de l'ulcère ni conduit excréteur, ni cavité naturelle qui puisse communiquer avec lui; ni os, ni tendon, ni aponévrose dont l'altération puisse entretenir une fistule; que la sonde portée au-dessous de la peau décollée et

brune qui forme les bords de l'ulcère, en parcourt toute la circonférence à une profondeur à-peu-près égale; que la quantité de matière purulente fournie par l'ulcère est proportionnée à son étendue, il ne reste plus de doute sur sa nature; c'est un ulcère cutané.

Tant que les choses restent dans cet état, la cicatrisation est impossible. La résistance que ces ulcères opposent à toute espèce d'application les a fait souvent attribuer à une cause interne : cependant nous verrons bientôt qu'un traitement local suffit pour en obtenir la guérison, pourvu qu'il remplisse les indications convenables.

Il faut distinguer deux cas dans cette sorte d'ulcère, d'où dérivent deux indications différentes. Dans le premier, la peau qui couvre la circonférence de l'ulcère n'est pas entièrement dépouillée de son tissu cellulaire; mais le défaut d'action ou plutôt du degré convenable d'inflammation, est ce qui s'oppose à son recollement avec le fond, dont les chairs partagent le même état d'atonie; dans le second, le tissu cellulaire sous-cutané est entièrement détruit; la peau mince, brune et en quelque sorte désorganisée, est incapable de l'inflammation qui pourrait favoriser son récollement. Dans le premier cas, on peut tirer parti de la compression, pourvu qu'on ait excité d'abord, à la surface intérieure de la peau décollée et dans le fond de l'ulcère, un léger degré d'inflammation. L'application de substances irritantes dans l'intérieur de la cavité, comme la charpie sèche, le baume vert de Metz, et sur-tout le nitrate d'argent fondu, est propre à produire cet effet; et si les parties

sont encore susceptibles de l'inflammation convenable, on obtient ensuite le récollement par le moyen d'une compression légère et exacte. Dans le second cas, ce procédé ne réussit pas, et le seul moyen d'obtenir la guérison, est l'excision de la peau décollée; cependant, comme ce dernier moyen est nécessairement suivi d'une cicatrice étendue et plus lente à se former, à cause de la perte de substance, lorsqu'un ulcère cutané est situé dans une partie apparente, comme la face, le cou, la partie supérieure et antérieure de la poitrine chez les femmes, il convient de tenter le premier procédé malgré les apparences défavorables, et quoique l'extrême amincissement de la peau et sa couleur brune rendent le succès de ce moyen très-douteux.

Lorsque la compression n'est pas admissible, ou qu'elle a été tentée inutilement, on doit, comme nous venons de le dire, pratiquer l'excision de toute la portion de peau décollée et amincie. Cette excision doit être complète et pratiquée en dédolant, de sorte qu'à l'extérieur la coupe oblique anticipe sur la peau saine environnante, et qu'à l'intérieur elle comprenne la totalité du décollement. On incise d'abord dans deux ou trois endroits de la circonférence ce rebord flottant; puis on saisit les lambeaux avec des pinces à disséquer, et on les emporte exactement avec le bistouri. Ceux qui n'ont pas l'habitude de traiter cette espèce d'ulcère, craignent de faire une trop grande perte de substance; ils n'emportent pas la totalité des lambeaux, et laissent ainsi une partie de la peau décollée, qui retarde beaucoup la guérison, et peut même l'empêcher.

Quand cette petite opération est bien faite, l'ulcère est réduit à une surface plate, dont les bords n'apportent plus aucune difficulté à la cicatrisation; mais le fond est encore composé de bourgeons charnus gros et lâches, dont il faut exciter l'inflammation pour les mettre dans des dispositions plus favorables. C'est pour cela qu'il faut toucher cette partie avec le nitrate d'argent fondu; après quoi, le traitement ordinaire des plaies simples qui suppurent suffit pour obtenir la guérison.

Les observations suivantes seront propres à faire sentir la manière d'employer les deux procédés curatifs que nous venons d'exposer, et le moyen de prévenir la formation des ulcères cutanés.

Une jeune demoiselle, d'une constitution délicate, n'ayant jamais éprouvé aucun symptôme d'affection scrophuleuse, mais offrant un ensemble de traits propres à indiquer une tendance sensible à cette diathèse, eut un abcès froid qui se développa au-dessous de l'oreille droite. La suppuration se manifesta lentement, comme il arrive d'ordinaire en pareil cas. Plusieurs personnes de l'art appelées auprès de cette jeune malade, employèrent plus de deux mois à délibérer si l'on ouvrirait l'abcès, ou si l'on attendrait son ouverture spontanée. Ayant été appelé, je trouvai la collection de pus considérable, la peau amincie et d'un rouge tirant sur le brun dans une assez grande étendue, et je ne pus m'empêcher de témoigner mes regrets que la tumeur n'eût pas été ouverte depuis long-temps. La peau qui la couvrait n'était pas également altérée par-tout: dans le tiers posté-

rieur de la tumeur, elle avait conservé à-peu-près son épaisseur et sa couleur naturelles, pendant que dans les deux tiers antérieurs, elle était extrêmement mince et d'un rouge tirant sur le brun. Je fis sur-le-champ une incision longitudinale, non au milieu de la tumeur, mais bien dans l'endroit où la peau commençait à être trop altérée pour qu'on pût espérer d'en obtenir le récollement. Le pus étant évacué, aux pansemens subséquens j'introduisis par l'ouverture un morceau de nitrate d'argent fondu, et je le promenai dans la cavité, touchant également et le fond de l'ulcère et la face interne de la peau décollée. Lorsque l'escarre produite par ce caustique fut tombée, j'exerçai une légère compression qui produisit le récollement de la portion de peau qui avait conservé son épaisseur, mais qui n'eut aucun effet par rapport à celle qui était extrêmement mince et d'un rouge-brun. La guérison était impossible tant que cette portion de peau subsisterait. Je pouvais l'emporter avec l'instrument tranchant, ou la détruire avec un caustique. Le premier de ces moyens était plus expéditif; mais je préférai le second, tant à cause de la répugnance extrême de la malade pour l'instrument tranchant, que du peu d'épaisseur de la peau, qui rendait sa destruction prompte et facile par le caustique le moins actif. Je me servis du nitrate d'argent fondu : je touchai plusieurs fois avec ce caustique la peau malade, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, et de cette manière elle fut promptement détruite. Réduit par-là à l'état le plus simple, l'ulcère ne tarda pas à guérir; et à la grande satisfaction des parens de la malade, la cicatrice fut

moins large et beaucoup moins apparente que si j'eusse emporté toute la portion de peau décollée.

Avant que la cicatrisation fût complète, il survint un autre abcès à la partie inférieure du cou. Je me promis d'éviter l'inconvénient dans lequel on était tombé à l'égard du premier; et en effet, la fluctuation étant devenue manifeste, sans attendre davantage, je donnai issue au pus par une petite ouverture pratiquée au centre de la tumeur. La peau n'ayant point été altérée, la cicatrisation fut prompte et sans difformité.

Mademoiselle de C**, âgée de 18 ans, d'une forte constitution et jouissant d'une bonne santé, s'enfonça une épine dans la plante du pied. Le corps étranger n'ayant pu être retiré qu'en partie, il survint un abcès dont l'ouverture spontanée se fit long-temps attendre, à cause de l'extrême épaisseur de la peau dans cette région. Les tégumens ayant été décollés et dépouillés du tissu cellulaire, l'ouverture dégénéra en un ulcère cutané dont on méconnut la nature, et qui fut considéré comme entretenu par une cause interne. Je pratiquai l'excision de la totalité de la peau décollée, et la malade fut guérie au bout de vingt jours.

§. II. *Des Ulcères entretenus par l'inflammation.*

Nous avons dit plusieurs fois, que la nature ne parvient à opérer la cicatrisation des plaies qui ne sont pas réunies immédiatement, et généralement celle de toutes les solutions de continuité, que par le moyen de l'inflammation. Nous venons de voir dans le paragraphe précé-

dent, que si cette inflammation est au-dessous du degré convenable, il n'y a point de cicatrisation. Nous avons proposé quelques idées propres à faire pressentir quel est le degré auquel l'inflammation doit être réduite pour être le plus favorable à la guérison; mais quoi qu'il en soit de ces conjectures, que nous avons données pour ce qu'elles sont, toujours est-il vrai qu'un degré d'inflammation supérieur à celui qui est convenable, et qui ôte à une plaie la facilité de donner au pus qu'elle fournit, les qualités qui lui sont propres, s'oppose au travail de la cicatrisation, et convertit une plaie simple qui suppure, en un ulcère que l'on peut appeler inflammatoire.

Cette espèce d'ulcère est très-commune; car les causes capables de produire l'inflammation sont nombreuses et agissent fréquemment. Elles viennent du dehors, ou sont inhérentes à la constitution.

Le seul contact de l'air est une cause d'irritation pour les plaies, où la solution de continuité de la peau a mis à découvert des parties qui ne sont point organisées pour souffrir l'action de ce fluide; nos appareils sont également plus ou moins irritans; mais surtout ce sont les liqueurs alcooliques, les substances balsamiques, les huiles essentielles, les substances salines, les emplastiques dans lesquelles entrent principalement des huiles qui rancissent par l'action du feu ou par la vétusté, des résines et des oxides métalliques; ce sont dis-je, ces topiques, dont on a si long-temps abusé dans la pratique chirurgicale, et dont les empiriques se servent encore pour mettre à profit la crédulité du peuple, qui jouissent au plus haut degré de la propriété d'exciter l'irritation et l'in-

flammation. L'exercice et les mouvemens fréquens de la partie affectée d'une plaie, doivent être placés aussi parmi les causes extérieures capables de provoquer l'inflammation; aussi les ulcères des jambes sont-ils bien plus fréquens, et sur-tout parmi les gens du peuple, qui ne cessent de se livrer aux exercices de leurs professions, et qui ne manquent jamais d'enflammer ainsi la moindre égratignure et de la convertir en un ulcère inflammatoire. La seule habitude de tenir le membre malade dans une position telle que la circulation n'y soit pas libre, suffit pour produire l'inflammation d'une plaie; nouvelle raison de la fréquence des ulcères aux jambes.

Parmi les virus et les vices généraux que nous avons dit pouvoir donner lieu aux ulcères et les entretenir, quelques-uns déterminent une inflammation habituelle de la surface ulcérée, et dans ce cas, les topiques relâchans qui réussissent d'ordinaire à dissiper l'inflammation qui dépend uniquement d'une cause externe, sont employés sans succès; on ne parvient à dissiper cette inflammation dépendante d'une cause spécifique, qu'en employant les moyens généraux ou locaux propres à détruire cette cause.

L'embarras gastrique est une cause fréquente de l'inflammation des plaies et des ulcères, comme on peut l'observer chez les gens du peuple que la misère oblige à se nourrir de mauvais alimens, et à se livrer à des travaux pénibles qui altèrent les forces des organes digestifs, ainsi que dans les hôpitaux, où l'air mal-sain que les malades y respirent, produit le même effet.

Enfin, les fautes dans le régime, les excès dans tous

les genres, et particulièrement l'abus des liqueurs spiritueuses, ne manquent pas de faire naître l'inflammation des plaies ou des ulcères, quand ils ne produisent pas des effets encore plus graves.

On sent bien, sans qu'il soit nécessaire de le dire, que plusieurs de ces causes peuvent se réunir ou se succéder, et entretenir ainsi long-temps l'inflammation.

Quand un ulcère est enflammé, sa surface et ses bords sont d'un rouge vif et même un peu brun; la suppuration est beaucoup moins abondante, et au lieu d'être blanche, opaque et homogène, elle est séreuse, ichoreuse et sanguinolente; la surface ulcérée est d'une sensibilité qui la rend douloureuse au toucher, et fournit du sang, non-seulement au moindre contact, mais encore spontanément. Cependant ces symptômes ne sont bien marqués que quand l'inflammation est récente et assez vive; mais quand elle a duré long-temps, et que la sensibilité de la partie a pour ainsi dire été usée, les phénomènes de l'inflammation sont beaucoup moins marqués, et elle se manifeste plutôt alors par la dureté de la surface enflammée, la mauvaise qualité et l'odeur fétide de la suppuration, et par cet aspect hideux et repoussant de l'ulcère qui lui a fait donner par les anciens le nom d'ulcère *sordide*, que par les symptômes légitimes de l'inflammation. Celle qui dépend de l'embarras gastrique présente aussi un aspect particulier, dont le trait le plus remarquable est la rougeur érysipélateuse qui s'étend plus ou moins sur la peau environnante; tandis que l'inflammation produite par toute autre cause s'étend peu au-delà des bords de l'ulcère.

Pour obtenir la cicatrisation des ulcères enflammés, il faut faire cesser l'inflammation et réduire l'ulcère à la condition d'une plaie simple. Les causes internes de cette complication doivent être combattues par le traitement médical qui leur convient; les causes externes doivent être éloignées; après quoi, quelle que soit la nature de la cause qui a donné lieu à l'inflammation, on tiendra la conduite suivante.

On réduira la quantité d'alimens que le malade devra prendre, selon le degré de ses forces et celui de l'inflammation; on lui prescrira des boissons délayantes, rafraîchissantes, acidules; on lui fera garder le plus parfait repos, et une situation telle que le membre affecté soit placé horizontalement, et un peu plus élevé que le reste du corps. Dans le cas d'ulcères aux jambes, il est toujours plus avantageux que le malade garde le lit, que de lui permettre de rester assis; quand bien même, dans cette attitude, il tiendrait le membre dans une situation horizontale, il se passe toujours alors des mouvemens qui gênent la circulation et qui renouvellent l'inflammation. Il nous est souvent arrivé, par le moyen de ce seul changement dans la situation du malade, d'obtenir en peu de jours la guérison d'ulcères qu'on n'avait pu cicatriser par tout autre moyen. Si le sujet est jeune, pléthorique, et l'inflammation très-intense, on pourra faire une saignée; et s'il y avait des symptômes d'embarras gastrique, on n'oublierait pas les bons effets qu'on obtient des vomitifs et des purgatifs, dans le traitement des inflammations sympathiques qui dépendent de cette cause. On appliquera sur l'ulcère un

plumasseau enduit de cérat ou d'un digestif simple, et on couvrira toute la partie d'un cataplasme fait avec de la farine récente de graine de lin, cuite dans une décoction de racine de guimauve et de fleurs de sureau. Ces topiques relâchans ne tardent pas à détendre l'ulcère et les parties environnantes; bientôt la sensibilité diminue, la suppuration devient plus abondante et de meilleure qualité, les bords de l'ulcère s'affaissent et le fond se couvre de bourgeons charnus, fermes, consistans, et d'un rouge moins intense. A cette époque il convient de supprimer le corps gras qu'on appliquait sur l'ulcère, et dont l'usage prolongé relâcherait trop les chairs et les rendrait fongueuses; on lui substitue la charpie sèche mollette, mais on doit continuer long-temps l'usage du cataplasme, qui de cette manière n'a aucun inconvénient, et qui a l'avantage de prévenir le retour de l'inflammation, que la moindre cause peut renouveler.

§. III. *Des Ulcères gangréneux.*

Si une cause interne ou externe donne lieu à une vive inflammation à la surface et dans les environs d'un ulcère; si par l'effet de cette inflammation la suppuration est totalement supprimée, et si la persévérance de la cause rend la résolution impossible, la gangrène survient, et s'étend plus ou moins selon la violence de l'inflammation. On pourrait appeler l'ulcère où cet accident survient, *ulcère avec gangrène*, ou *compliqué de gangrène*.

Mais on voit des sujets d'une mauvaise constitution, chez lesquels il existe une véritable disposition gangréneuse, qui se développe à la moindre occasion. Chez ceux-là, un ulcère déjà existant ou une solution de continuité récente, quelque légère qu'elle soit, est soudainement attaquée, sans cause manifeste, d'une inflammation violente et maligne, qui ne tarde pas à être suivie de la mortification. Cette dernière espèce de gangrène fait des progrès bien plus rapides, et tantôt elle détruit les tégumens dans une grande étendue, tantôt elle désorganise au loin le tissu cellulaire au-dessous de la peau, et met à nu les muscles, les tendons, etc.

Il n'est pas difficile de distinguer dans la pratique ces deux espèces différentes de gangrène : la moindre attention suffit pour reconnaître les causes locales ou générales qui ont déterminé l'inflammation légitime et successivement la mortification; et dans les cas opposés, il est facile de joindre à l'absence ou à l'insuffisance de ces causes, l'observation d'un ensemble de phénomènes adynamiques qui annoncent la nature pernicieuse de l'inflammation, la présence d'un agent délétère, et les efforts de la nature pour s'en délivrer. Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit à l'article des ulcères entretenus par une inflammation de cause externe, pour décrire la marche de la maladie quand elle se termine par la gangrène; ici s'applique tout ce que nous avons exposé précédemment sur le même sujet considéré d'une manière générale. Mais quoique nous ayons déjà eu occasion de nous étendre pareillement sur la gangrène que nous avons appelée maligne, nous en di-

rons encore deux mots ici, en considération de l'importance du sujet.

Ordinairement les personnes les plus exposées à cette espèce d'ulcères gangréneux, la seule que l'on puisse rigoureusement appeler de ce nom, sont celles dont la constitution est originairement faible, ou a été débilitée par des maladies antérieures; cependant on voit aussi quelquefois survenir ce même accident chez des sujets bien portans en apparence, au milieu de la plus brillante santé et dans toute la force de la jeunesse. Dans ce cas, à une époque plus ou moins éloignée de celle où une plaie a été faite, quelquefois immédiatement après la blessure la plus légère, on voit les environs de la plaie devenir rouges, bruns ou violets; les symptômes généraux se déclarent; la plaie devient noire, et sa surface se convertit en une véritable escarre, qui s'étend plus ou moins, et quelquefois avec beaucoup de rapidité. La prostration des forces, la petitesse et l'irrégularité du pouls, l'assoupissement, le délire, qui surviennent quelquefois, et les autres symptômes généraux, ne se dissipent que lorsque la cause délétère est totalement épuisée sur la partie affectée, et pour lors la nature elle-même travaille à borner les progrès de la gangrène et à opérer la séparation des parties mortifiées. Cet heureux changement s'annonce, dans ce cas, comme dans tous les autres, par un cercle inflammatoire qui entoure l'escarre, par le développement d'un mouvement fébrile, et par la disparition des symptômes généraux adynamiques.

On voit facilement que la gangrène *maligne* qui sur-

vient à un ulcère, est bien plus grave que celle qui est la suite d'une inflammation violente; que l'une et l'autre sont plus ou moins dangereuses, selon l'importance de la partie affectée, l'âge du sujet, l'état de sa constitution plus ou moins altérée par des causes antérieures, et l'étendue de la mortification.

Le traitement de l'ulcère gangréneux où la gangrène dépend de la violence de l'inflammation, est celui de l'inflammation elle-même; ainsi, par le moyen du repos, de la position horizontale, d'un régime antiphlogistique, et des topiques émolliens dont nous avons déjà parlé, on réduit quelquefois avec une rapidité étonnante, à la condition d'une plaie simple, un ulcère de la plus mauvaise apparence, et qui paraissait mettre les jours du malade en danger.

Mais il en est autrement des ulcères gangréneux proprement dits, où la gangrène dépend du caractère pernicieux de l'inflammation : dans ce cas, comme dans celui du charbon malin et de toutes les autres gangrènes du même genre, la guérison dépend entièrement de la nature, dont les efforts doivent cependant être secondés par les moyens de l'art. Presque toutes les indications importantes sont du ressort de la médecine, et se réduisent à soutenir les forces, à aider le mouvement de dépuration qui s'opère, et à favoriser le développement du travail inflammatoire qui doit accomplir la séparation des parties mortifiées. Il est bien rare que la cause délétère excite une réaction assez forte et une fièvre assez vive pour faire recourir à la saignée et aux moyens rafraîchissans; le plus souvent la prostration des forces

réclame évidemment l'usage des topiques amers, surtout du quinquina. Le camphre, les anti-scorbutiques peuvent être de la plus grande utilité. Quant au traitement local, il faut se conformer à cet égard aux préceptes qui ont été établis à l'occasion de la gangrène maligne. Il est bon d'observer que le développement de la gangrène est quelquefois accompagné de douleurs très-aiguës; mais l'on commettrait une grande faute si l'on avait recours à l'usage intérieur de l'opium dans la vue de les calmer : on risquerait d'aggraver par là la prostration des forces, et si on l'emploie à l'extérieur, ce doit être avec une grande circonspection.

Du reste, quand ces ulcères sont détergés, que les escarres sont entièrement détachées, et qu'ils sont ramenés à la condition des plaies simples, leur guérison ne présente aucune difficulté particulière.

§. IV. *Des Ulcères calleux.*

On appelle ulcères calleux ceux dont le fond, les bords et les environs sont durs, et dans un état habituel d'inflammation chronique.

Ces ulcères sont très-communs chez les gens du peuple, où ils sont le résultat de leur négligence pour les blessures, surtout pour celles des extrémités inférieures. Comme nous l'avons déjà dit, les ouvriers qui sont fort exposés à se blesser, continuent de se livrer aux exercices de leur profession jusqu'à ce que la douleur les en empêche totalement; ils transforment ainsi les plaies les plus simples en ulcères inflammatoires, ou entretenus par l'in-

flammation. Si le repos qu'ils sont obligés de garder alors était suffisamment prolongé, l'inflammation étant dissipée, l'ulcère ramené à la condition d'une plaie simple, se cicatriserait promptement. Mais la misère les oblige à reprendre bientôt leurs exercices accoutumés, et presque toujours avant que l'inflammation soit entièrement dissipée. Une nouvelle inflammation ne tarde pas à survenir; un repos insuffisant la dissipe encore incomplètement; et dans cette succession fréquente de nouveaux accidens inflammatoires, la résolution n'ayant pas le temps de s'accomplir, le renouvellement rapide de l'irritation ne laissant pas aux vaisseaux lymphatiques le temps d'absorber la lymphe qui s'est accumulée dans les mailles du tissu cellulaire, cette humeur y acquiert de la consistance, et maintient dans la partie l'augmentation de volume que la première inflammation avait déterminée, en même temps qu'elle lui communique une fermeté, une dureté contre nature. L'inflammation aiguë qui attaque une plaie récente, ne s'étend guère au-delà du fond et des bords de la plaie, lorsqu'elle est médiocre; mais quand elle est violente, quand elle se renouvelle fréquemment et qu'elle se dissipe chaque fois incomplètement, elle se propage et s'étend chaque fois plus loin, ensorte qu'au bout d'un certain temps elle occupe la plus grande partie du membre. Aussi dans les ulcères calleux très-anciens, les duretés qui sont l'effet général de l'inflammation ne sont pas bornées à l'ulcère et à ses bords, mais s'étendent plus ou moins loin au-delà de l'ulcération.

On sent, d'après ce que nous venons de dire, que les

ulcères calleux sont toujours d'une certaine ancienneté; qu'ils sont d'autant plus durs, leurs bords d'autant plus relevés, et leur fond d'autant plus déprimé, qu'ils ont duré plus long-temps, que les récidives d'inflammation aiguë ont été plus fréquentes, et les causes capables d'entretenir l'inflammation chronique, plus actives et plus permanentes. On sent aussi que, quoique ces ulcères puissent être la suite de plaies avec perte de substance, il ne faut pas juger de cette circonstance par l'excavation de leur fond, puisqu'elle dépend en grande partie du gonflement et de l'élévation des bords.

L'exercice n'est pas la seule cause qui puisse transformer une plaie simple en ulcère calleux : tout ce qui donne lieu à l'inflammation et à ses récidives fréquentes, peut produire le même effet : on doit noter particulièrement les erreurs dans le régime et les applications irritantes. Les ulcères entretenus par des varices, comme nous le dirons dans la suite, sont souvent compliqués de callosités, parce que les varices sont une source perpétuelle d'irritation.

La seule dénomination des ulcères calleux en donne une idée suffisante pour qu'il soit aisé de les reconnaître : un ulcère plus ou moins ancien, situé ordinairement aux extrémités inférieures et sur-tout aux jambes, dont le fond, les bords et les parties environnantes sont d'une dureté remarquable; dont la surface est ordinairement pâle ou d'un rouge sale; dont les bords sont relevés, et les environs d'un rouge peu prononcé; causant peu de douleur, et fournissant, au lieu de pus, une matière séreuse, sanieuse, ou sanguinolente et fétide, ne laisse

pas le moindre doute sur sa nature. Il n'est pourtant pas rare qu'on attribue les ulcères calleux à des causes générales inhérentes à la constitution, ou qu'ils passent pour incurables, tandis que le plus souvent on en obtient la guérison avec assez de facilité, en remplissant les indications qui leur sont propres.

Les ulcères calleux n'ont rien de dangereux en eux-mêmes; cependant ils sont moins faciles à guérir que les ulcères inflammatoires, parce que l'inflammation aiguë est plus facile à combattre que l'inflammation chronique : il arrive même, lorsque ces ulcères durent fort long-temps, qu'ils altèrent tellement l'organisation du tissu cellulaire et du tissu cutané, qu'on obtient lentement une cicatrice complète, que cette dernière reste toujours mince et délicate, et que la moindre cause suffit pour la déchirer.

Cette espèce d'ulcères est celle que l'on regarde le plus communément comme le moyen d'une dépuration habituelle qu'il pourrait être dangereux de tarir. Quoique cette opinion n'ait aucun fondement solide, il est bon cependant d'avoir égard à l'habitude d'une suppuration quelconque, que la nature peut avoir contractée depuis long-temps. Ainsi quand on entreprend la guérison d'ulcères calleux fort anciens et assez étendus, il est prudent, avant la terminaison de la cure, d'établir un cautère, au moins pour quelque temps.

La méthode curative qui convient aux ulcères calleux est facile à déduire de l'exposition que nous avons faite de leur nature. Le repos le plus absolu, un traitement local relâchant, en procurent toujours la guérison. On

recommandera donc au malade de garder le lit; on appliquera sur l'ulcère un plumasseau enduit d'un digestif simple; on couvrira les environs d'un cataplasme de farine de graine de lin, cuite dans une décoction de racine de guimauve; on réglera le régime, et l'on écartera toutes les causes d'irritation. Bientôt les duretés se ramolliront; la surface de l'ulcère s'humectera et donnera un pus bien conditionné; les bords deviendront souples et minces; le fond se couvrira de bourgeons charnus vermeils et d'une consistance naturelle; la cicatrisation s'annoncera et fera des progrès journaliers. On pourra supprimer de bonne heure le digestif dont on chargeait le plumasseau dans le principe, pour lui substituer la charpie sèche; mais il faut continuer longtemps l'usage du cataplasme, et jusqu'à ce que les callosités des bords et des parties environnantes soient complètement dissipées, et que leur souplesse naturelle soit parfaitement rétablie.

En considérant le soin avec lequel la plupart des auteurs ont recommandé de varier les applications dans le traitement des ulcères calleux, de scarifier, d'inciser même les bords de ces ulcères, on aura de la peine à se persuader qu'un traitement aussi simple puisse suffire pour les guérir : il est pourtant très-vrai qu'au moyen des topiques relâchans on obtient toujours leur cicatrisation, et quelquefois même avec une promptitude qui passe toute espérance. Au reste, Ledran connaissait l'efficacité de cette méthode curative; il recommande l'usage de l'emplâtre de *mucilage*, dont il dit avoir retiré de très-bons effets. Mais il paraît n'avoir pas réussi dans

tous les cas, puisqu'il recommande aussi les scarifications des bords, quand ce moyen ne suffit pas.

La compression, dont on retire des effets si salutaires dans le traitement des ulcères entretenus par les varices, ne convient pas, comme on l'avait cru, dans celui des ulcères calleux; aussi les tentatives qu'on a faites pour étendre son usage à ces derniers, n'ont point été heureuses. Mais elle est très-propre, après la guérison, à prévenir la rechute en soutenant la cicatrice, qui ne manquerait pas d'être déchirée par le gonflement du membre, toujours inévitable après la cicatrisation d'ulcères fort anciens.

§. V. *Des Ulcères variqueux.*

La dénomination d'ulcères entretenus par des varices, conviendrait mieux aux ulcères dont nous allons parler, que celle d'ulcères variqueux, par laquelle on les désigne ordinairement; elle servirait mieux à distinguer de ces derniers, les ulcérations qui surviennent quelquefois sur les tumeurs fongueuses sanguines, et avec lesquelles on les confond mal-à-propos, attendu qu'elles constituent, comme nous l'avons déjà dit, une maladie essentiellement différente de celle dont il s'agit dans ce paragraphe. Nous continuerons cependant d'employer la dénomination usitée, pour ne pas faire d'innovation. Les ulcères appelés variqueux sont ceux qui sont entretenus par la dilatation variqueuse des veines de la partie affectée, et sur-tout par l'engorgement lymphatique ou pâteux auquel cette même dilatation donne lieu.

Comme nous l'avons déjà observé dans un autre article, la dilatation variqueuse à laquelle les veines sous-cutanées sont sujettes, distend la peau qui les couvre, et expose les vaisseaux lymphatiques qui rampent avec elles sous les tégumens, à une compression qui retarde la circulation de la lymphe; de là une infiltration, un empâtement du tissu cellulaire sous-cutané, proportionné au nombre de vaisseaux lymphatiques gênés, et par conséquent au nombre des veines devenues variqueuses, et au degré de leur dilatation. Or, comme la cicatrisation d'une plaie qui suppure, est toujours le résultat, pour la plus grande partie, de l'affaissement et du rapprochement des bords, que l'élasticité, l'action vitale de la peau et l'inflammation avaient écartés, il est évident que tant que l'empâtement qui est la suite des varices, subsiste, il n'est pas possible d'espérer l'affaissement et le rapprochement des bords d'une plaie qui serait survenue fortuitement à un membre ainsi disposé. On sent que la difficulté est d'autant plus grande, dans ce cas, que la cause de l'engorgement, les varices, n'étant point attaquée par des moyens convenables, l'infiltration doit faire des progrès continuels, et que la peau doit se trouver dans une tension toujours croissante. Il est si vrai que cette cause est celle qui entretient particulièrement les ulcérations dans ce cas, et que l'empâtement du membre, accompagné de varices, est ce qui caractérise spécialement les ulcères variqueux, que s'il survient une plaie qui suppure à un membre affecté de varices, mais où cette dernière maladie n'est pas encore parvenue au point de donner lieu à l'engorgement lym-

phatique, elle guérit sans difficulté et ne passe pas à l'état d'ulcère. Ajoutons encore que cette tension perpétuelle de la surface ulcérée, doit la tenir dans un état habituel d'irritation, ce qui est une des causes qui donnent lieu à la complication si fréquente des callosités dans les ulcères variqueux. Maintenant si l'on compare ce que nous venons de dire avec ce qui a été dit à l'article des varices, on sentira combien les ulcérations qui surviennent sur les tumeurs variqueuses, diffèrent des ulcères appelés variqueux.

Nous avons dit pareillement que les varices sont fort communes aux extrémités inférieures; ces extrémités doivent être aussi le siége le plus ordinaire des ulcères entretenus par cette cause; c'est effectivement ce qu'on observe. Les ulcères variqueux sont très-communs aux jambes : quand elles sont dans l'état que nous venons de décrire, couvertes de varices et infiltrées, la moindre excoriation s'enflamme, suppure, s'étend, et se convertit en ulcère.

Les ulcères variqueux sont faciles à reconnaître aux varices qui couvrent le membre, à son engorgement lymphatique, à la lividité du fond de l'ulcération, au caractère séreux et sanguinolent de la matière qu'ils fournissent, et à la couleur brune des parties environnantes. Cependant leur aspect varie selon qu'ils sont simples, ou compliqués d'inflammation ou de callosités. Dans les cas de complication, aux caractères de cette espèce d'ulcères, sont joints ceux de la complication qui a lieu. Celle de callosités est très-fréquente dans les ulcères variqueux anciens. Les causes en sont les mêmes que

celles des ulcères calleux simples, et leur action est d'autant plus efficace, que les varices elles-mêmes sont propres à produire le même effet par l'engorgement habituel qu'elles entretiennent.

Les ulcères variqueux ne sont point dangereux; ils sont même faciles à guérir : mais si on ne leur oppose pas un traitement convenable, ils s'étendent continuellement, à raison des progrès de l'empâtement que les varices déterminent, et après en avoir obtenu la guérison, on les voit récidiver promptement, pour peu que l'on néglige les précautions que nous allons indiquer.

La méthode curative consiste à dissiper l'engorgement qui s'oppose à l'affaissement des bords, à diminuer l'influence des varices sur la circulation de la lymphe, et à traiter ensuite l'ulcère comme une plaie simple en suppuration. Aucun topique n'est capable de remplir les deux premières conditions, auxquelles tient cependant la guérison des ulcères variqueux; mais la compression les remplit si parfaitement l'une et l'autre, que par son moyen la guérison de ces ulcères devient très-facile. En repoussant de cellule en cellule la lymphe qui abreuve le tissu cellulaire, et en la répandant dans un plus grand espace, la compression favorise l'absorption; elle délivre ainsi la peau de la tension habituelle que l'engorgement occasionnait, ce qui permet aux bords de l'ulcère de s'affaisser et de se rapprocher. Enfin, la compression s'exerçant aussi sur les veines dilatées, et leur diamètre en étant diminué, elles compriment moins les vaisseaux absorbans, et la circulation de la lymphe est plus libre. Ces conditions étant rem-

plies, l'ulcère se trouve ramené à l'état d'une plaie en suppuration, et le traitement le plus simple suffit pour en opérer la guérison.

On devra donc couvrir de charpie sèche un ulcère variqueux, en protégeant ses bords avec des bandelettes de linge enduites de cérat, ou par tout autre moyen analogue, et exercer sur tout le membre une compression légère, uniforme, et qui suive les progrès du dégorgement de la partie.

Une bande roulée, ou un bas lacé sont les moyens qu'on met en usage pour exercer la compression. La bande peut être de toile ou de flanelle; mais ces dernières ont l'inconvénient de surcharger la partie et de l'échauffer. Pour que le bandage réponde à l'intention qu'on se propose, il faut égaliser le membre, en plaçant de la charpie ou du coton dans les dépressions qu'il présente, et serrer les doloires également. Malgré ces précautions, qui sont difficiles à bien exécuter, le bandage roulé se déplace toujours avec facilité, et la compression n'est jamais exacte. Les bas lacés sont bien préférables, à cause de leur exactitude et de leur invariabilité; ils s'accommodent parfaitement à la forme de la partie; ils compriment également dans toute leur étendue, et ne sont point susceptibles de se déranger. Ceux de peau de chien chamoisée sont plus élastiques mais les bas de coutil fin ont l'avantage de pouvoir être lavés à volonté. Il n'est pas nécessaire d'ajouter que le repos et la situation horizontale sont aussi avantageux dans ce cas que dans tous les autres, jusqu'après la cicatrisation entière de l'ulcère.

Les Chirurgiens Anglais emploient, pour le traitement des ulcères des membres inférieurs, une méthode dont nous avons eu occasion d'apprécier les bons effets, et qui convient particulièrement aux ulcères variqueux. Elle consiste à entourer le membre avec des bandelettes agglutinatives qui, passant sur l'ulcère, en ramènent les bords vers le centre. On couvre exactement l'ulcère avec ces bandelettes qu'on renouvelle toutes les vingt-quatre heures. Par la compression égale, uniforme, immédiate qu'elles exercent, et la propriété fondante et résolutive de la substance qui les couvre, les bords de l'ulcère sont ramollis, tandis que tous les points de sa circonférence sont rapprochés du centre. Ces bandelettes compriment assez les parties sur lesquelles elles agissent pour en empêcher l'engorgement; leur qualité emplastique s'oppose à leur déplacement, et si on a soin d'exercer une compression uniforme sur tout le membre pour en prévenir le gonflement, on peut dispenser le malade de garder un repos absolu. Le sparadrap de diachylon gommé dont nous nous servons pour former les bandelettes, est plus épais et plus agglutinatif que celui qu'on prépare dans la plupart des pharmacies de Paris. Il serait bon que celui qu'on destine à cet usage contînt plus de gomme que le diachylon gommé ordinaire.

Comme nous l'avons dit ailleurs, la compression affaisse les varices, les empêche de s'accroître, mais ne les guérit pas. Ainsi, si on la supprime après la guérison de l'ulcère, les varices reproduiront bientôt l'engorgement du membre, la cicatrice ne tardera pas à

être déchirée, et l'ulcère reparaîtra comme auparavant. Il importe donc de continuer l'usage de la compression pour éviter la récidive.

Ce traitement, qui réussit toujours dans l'ulcère variqueux simple, ne saurait avoir le même succès quand l'ulcère est compliqué d'inflammation. Il serait même nuisible alors ; car la compression ne manquerait pas d'aggraver l'inflammation. Dans ces cas, il faut employer d'abord le traitement relâchant, les plumasseaux chargés de digestif simple, les cataplasmes émolliens, et passer ensuite au traitement propre aux ulcères variqueux, quand on a détruit la complication.

§. VI. *Des Ulcères fongueux.*

On donne ce nom aux ulcères entretenus par l'atonie et le boursouflement des bourgeons charnus qui en forment le fond.

Si dans l'ulcère inflammatoire la cicatrisation est empêchée par le développement excessif des propriétés vitales, dans celui-ci, au contraire, l'atonie, le relâchement, donnent au tissu cellulaire qui fait le fond de l'ulcère sous la forme de bourgeons charnus, un développement excessif qui le fait s'élever plus ou moins au-dessus du niveau des bords; et non-seulement cette espèce de corps interposé entre ces bords en empêche le rapprochement, mais encore, faute d'une activité suffisante, le travail nécessaire au dégorgement ne peut avoir lieu.

L'état fongueux des chairs d'un ulcère est plus ou

moins prononcé; tantôt il est léger, et alors les bourgeons charnus, au lieu d'être serrés, distincts, consistans et rouges, sont pâles, larges, mous et confondus ensemble. D'autres fois il est plus prononcé, et dans ce cas les chairs élevées au-dessus du niveau des bords, forment un champignon plus ou moins considérable, inégal, qui quelquefois ne tient que par un pédicule.

On peut rapporter à trois causes toutes les espèces de fongosités qui se développent sur une plaie ou un ulcère, et en retardent la guérison : 1.° l'abus des topiques gras et relâchans; 2.° un état de débilité générale inhérente à la constitution; 3.° une carie, la mortification d'un tendon, d'une aponévrose correspondant à l'ulcère.

La connaissance des fautes qui ont pu être commises dans les pansemens précédens, le bon état de la constitution du sujet, les signes négatifs des autres causes, suffisent pour faire distinguer les fongosités qui dépendent de l'abus des topiques relâchans. Les signes ordinaires d'une constitution faible, et les circonstances commémoratives servent à faire connaître les fongosités qui dépendent d'une débilité générale. Enfin, quand l'ulcère a été précédé d'une tumeur adhérente à un os voisin, et de douleurs dont l'os lui-même était le siège, quand un stylet pénètre sans effort à travers les chairs fongueuses et parvient jusqu'à l'os, on ne peut pas douter que la carie ne soit la cause qui entretient l'ulcère et les fongosités.

Quand l'ulcère fongueux tient à la première cause, des topiques convenables peuvent suffire pour exciter dans la partie le degré d'inflammation nécessaire à la

transformation des chairs fongueuses en bourgeons charnus bien conditionnés. La charpie sèche, l'eau de chaux, la décoction d'orge miellée, ou celle de feuilles de noyer, l'application du baume vert de Metz, remplissent quelquefois cette indication; mais si ces moyens sont insuffisans, on peut saupoudrer l'ulcère avec de l'alun calciné, ou le toucher avec le nitrate d'argent fondu, ou avec tout autre caustique plus actif, comme le muriate d'antimoine liquide, etc. Enfin, quand les fongosités sont élevées en forme de champignon, et surtout quand elles tiennent à un pédicule, on est obligé de les retrancher avec le bistouri, et d'employer ensuite les cathérétiques pour prévenir leur reproduction.

C'est pour combattre les fongosités qu'on a beaucoup vanté l'efficacité de la chaleur actuelle ou du calorique. Faure, dont l'Académie de Chirurgie accueillit le Mémoire avec distinction, proposa de soumettre les ulcères fongueux à l'action de la chaleur, en tenant pendant quelque temps, à une distance convenable de leur surface, un cautère plat incandescent, ou un charbon allumé. Ce moyen peut avoir de bons effets, en excitant dans la partie un degré d'inflammation convenable au dégorgement et au travail de la cicatrisation.

Mais si l'état fongueux de l'ulcère tient à une débilité générale, si le sujet est faible, d'un tempérament lymphatique, qu'il ait les chairs molles, le tissu cellulaire lâche, infiltré, et le teint pâle, les topiques seuls ne peuvent avoir de succès, et l'on ne peut s'en promettre de bons effets qu'en y joignant un traitement médical approprié à l'état de la constitution. On assujettira le

malade à un régime tonique et fortifiant, on lui administrera des boissons amères et toniques : le quinquina, les anti-scorbutiques, etc.

Dans les cas où les fongosités sont le symptôme de la carie d'un os voisin, ou de la nécrose d'un tendon ou d'une aponévrose, toute espèce de procédé local est inutile, à moins qu'il ne se rapporte à la cause qu'il s'agit de combattre. Mais comme ce n'est pas ici le lieu où nous devons traiter ce sujet, nous bornerons là nos considérations relatives aux ulcères fongueux; en ajoutant toutefois une seule réflexion sur certaines fongosités appelées *hypersarcoses*, qui deviennent ordinairement très-volumineuses, sont accompagnées de vives douleurs, d'une grande sensibilité au toucher, et saignent facilement, soit au plus léger contact, soit spontanément. Ces végétations fongueuses surviennent ordinairement chez les sujets disposés aux affections cancéreuses, et toute espèce d'irritation peut décider ou hâter le développement de ce principe funeste. Ainsi, il faut éviter dans ce cas l'usage de tous les moyens locaux excitans dont nous venons de parler.

§. VII. *Des Ulcères vermineux.*

On a mal-à-propos donné une dénomination particulière, et désigné comme une espèce distincte d'ulcères, ceux où l'on voit se développer les larves d'insectes. C'est une circonstance purement accidentelle qui peut avoir lieu dans toutes les espèces, et qui dépend de l'usage de charpie, ou de linge mal-propres, chargés

d'œufs, que la chaleur et l'humidité du lieu font éclore. Si cet accident arrive dans le cours d'une plaie simple qui suppure, il n'est pas douteux que l'irritation qui en résulte ne la tienne dans un état d'inflammation habituelle qui s'oppose à la cicatrisation; mais une fois cette cause détruite, les choses rentrent dans l'ordre naturel. Il suffit, le plus souvent, de panser la plaie où l'ulcère avec un plumasseau chargé d'onguent napolitain, ou de la laver avec une décoction de quinquina, de staphisaigre, etc.; après l'avoir exactement nettoyée.

ARTICLE III.

Des Ulcères entretenus par une cause interne.

§. I.er *Des Ulcères vénériens.*

On donne le nom d'ulcères vénériens à ceux qui sont produits et entretenus par le virus syphilitique. Cette cause peut agir de deux manières différentes pour produire un tel effet : ou le virus agit immédiatement sur la partie où il a été appliqué par un contact étranger, ou bien il n'agit que plus ou moins long-temps après son inoculation, et sur une partie plus ou moins éloignée de celle par laquelle il a été introduit, après avoir pénétré, pour ainsi dire, la constitution, et après avoir été soumis à l'action des forces vitales. Cette considération rend nécessaire la distinction des ulcères vénériens, en primitifs et en consécutifs.

Les ulcères vénériens primitifs, connus sous le nom de *chancres*, peuvent survenir à toutes les parties où la texture mince et délicate de la peau, favorise l'action ou l'absorption du virus syphilitique mis en contact avec elles.

L'orifice de toutes les cavités intérieures du corps qui s'ouvrent à l'extérieur, sont dans ce cas; ainsi le gland, le prépuce, la face interne des grandes lèvres, la surface des nymphes, l'entrée du vagin, le bout du mamelon, la marge de l'anus, le bord libre des lèvres, l'intérieur de la bouche, la langue, le voile du palais, l'entrée des fosses nasales, sont souvent le siége des ulcères vénériens primitifs. Ces parties sont douées de la structure délicate et sensible, favorable à l'action immédiate du virus syphilitique, avec lequel d'ailleurs elles sont souvent mises en contact. Il est extrêmement rare que l'action immédiate du virus s'étende assez dans le canal de l'urètre, chez l'homme, pour y produire des chancres: cependant nous en avons vu un exemple fort remarquable par sa singularité; l'ulcération fit des progrès au point de détruire la paroi inféreure du canal dans une grande étendue, et de causer ainsi une espèce d'hypospadias. Cette disposition rendait le sujet extrêmement susceptible d'éprouver la contagion. La totalité du vagin, l'orifice de la matrice, sont souvent exposés au contact immédiat du virus syphilitique; cependant rien n'est plus rare que les chancres vénériens dans ces parties. L'écoulement de la gonorrhée, mis en contact avec les parties sexuelles d'un sujet sain, donne quelquefois lieu aux chancres; cependant cette même matière portée sur la

conjonctive, n'y cause jamais que de l'inflammation et une sécrétion abondante et altérée dans sa nature. Faut-il, pour la production des chancres, de la part des parties qui sont soumises au contact du virus, des propriétés spéciales, des conditions vitales particulières?

Tout le reste de la surface extérieure du corps, formée par une peau plus dense et couverte d'un épiderme plus épais et moins humide, est naturellement à l'abri de la contagion, à moins que le virus vénérien ne s'y trouve appliqué sur un point excorié et dépouillé de son épiderme. Cette dernière voie de communication est fort rare.

Au bout de peu de jours de l'application du virus sur l'une des parties favorablement organisées pour la contagion, ordinairement de quatre à dix, et quelquefois plus tard, l'ulcère vénérien primitif s'annonce par une démangeaison accompagnée de rougeur, et bientôt d'un noyau d'engorgement, dans le point où le contact a eu lieu. Sur cette petite tumeur on voit se former de petites phlyctènes; elles s'ouvrent, et laissent voir un point ulcéré qui s'étend plus ou moins rapidement, selon l'activité du virus communiqué, et dont les progrès sont toujours en raison de la tumeur qui l'a précédé. Le plus souvent, dès que l'ulcère a pris une certaine étendue, les glandes lymphatiques qui reçoivent les vaisseaux absorbans de la partie malade, sont douloureuses, s'engorgent, s'enflamment, suppurent même quelquefois, et deviennent ainsi le siége d'un nouveau symptôme vénérien.

Le diagnostic des ulcères vénériens primitifs est ordi-

nairement facile, sur-tout s'ils sont placés sur les parties sexuelles; les caractères qui leur sont propres, et les circonstances commémoratives, ne laissent aucun doute sur leur nature. Ces ulcères ont toujours un fond grisâtre; leurs bords sont rouges et entourés d'une aréole inflammatoire peu étendue; mais ils ne sont pas gonflés et renversés; ils sont, au contraire, coupés perpendiculairement à la surface de la partie, et le plus souvent irréguliers. Ils présentent, en outre, quelques circonstances particulières et remarquables, selon le lieu où ils se sont développés, et dont nous parlerons en traitant des maladies considérées suivant les parties qu'elles affectent.

Après avoir observé, dans le développement des ulcères vénériens primitifs, les phénomènes d'une véritable inoculation, les effets d'un agent délétère venu de l'extérieur, n'agissant qu'à la faveur d'un contact immédiat, et ne produisant des effets ultérieurs que consécutivement, il était naturel de penser que, dans le principe, cette affection est purement locale, et qu'on doit en obtenir la guérison par des moyens locaux, capables de détruire la cause dans la partie qui la contient encore, ou en détruisant, ou en enlevant la partie elle-même : ainsi les caustiques et l'excision de la partie sur laquelle le chancre s'est formé, ont été mis en usage conformément à cette idée. Mais quoiqu'on obtienne par ce moyen la guérison de l'affection locale, l'expérience a démontré que nous manquons de données suffisantes pour connaître le moment où l'infection générale a lieu, et de nouveaux symptômes ont fait sentir tôt ou tard la

nécessité d'un traitement plus efficace. J. L. Petit, séduit par l'exemple de son maître, pratiqua l'excision du prépuce dès la première apparition de chancres vénériens survenus à cette partie; et quoiqu'il eût obtenu une cicatrisation prompte et facile, des symptômes consécutifs lui prouvèrent qu'il ne pouvait pas se dispenser d'un traitement général. A la vérité, l'action des caustiques, même légers, quand il n'y a pas trop d'inflammation, ne manque guère d'être suivie de la cicatrisation des ulcères vénériens primitifs; mais l'engorgement inflammatoire et la suppuration des glandes lymphatiques qui sont en rapport avec la partie ulcérée, ne sont jamais plus probables; c'est pourquoi on ne doit recourir à cette méthode que quand l'ulcère est placé sur des parties où ses progrès pourraient devenir dangereux, et lorsque d'ailleurs rien ne peut retarder l'administration d'un traitement intérieur. Hors ces cas d'exception, on doit se contenter, quand il y a inflammation, de couvrir l'ulcère vénérien primitif d'un corps gras relâchant, et de baigner souvent la partie dans une liqueur émolliente, comme la décoction de racine de guimauve, celle de graine de lin, etc.; et lorsqu'il n'y a point d'inflammation, ou qu'elle est dissipée, on peut tirer parti d'un mélange d'onguent napolitain et de cérat à parties égales, et d'ablutions avec l'eau d'orge miellée, ou avec toute autre liquide légèrement détersif. Cependant le traitement intérieur détruit la cause, et communément la cicatrisation de l'ulcère précède de beaucoup la guérison complète. Il arrive quelquefois, sur-tout chez des sujets d'une constitution faible et d'un tempérament lymphatique,

qu'après avoir insisté long-temps sur le traitement intérieur, il reste une dureté plus ou moins considérable au-dessous de la cicatrice, ou même que celle-ci n'a point lieu, et que la base de l'ulcère reste engorgée et dure. Il est essentiel de ne pas laisser subsister une telle disposition; car non-seulement on ne peut pas considérer la guérison de l'affection locale comme solide, mais encore l'expérience a démontré qu'il n'est pas rare alors de voir paraître, au bout de quelque temps, les symptômes qui caractérisent l'infection générale. Dans ce cas, avant la terminaison du traitement intérieur, on doit chercher à exciter dans la partie une inflammation convenable, et si l'on ne réussit pas, il faut consumer la dureté par des caustiques, tels que le nitrate d'argent fondu, le muriate d'antimoine, etc.

Quant au traitement général, on peut y employer le mercure en frictions, ou le muriate de mercure sublimé. Dans le premier cas, on donnera une friction d'abord d'un gros, puis d'un gros et demi, ensuite de deux gros d'onguent napolitain double, tous les trois jours, jusqu'à ce qu'on ait employé quatre ou cinq onces de pommade, ayant soin d'éviter le flux de bouche. Si l'on préfère l'usage du sublimé, on en fera dissoudre huit grains dans une livre d'eau distillée, dont le malade prendra une cuillerée tous les matins dans un verre de lait coupé, ou dans la même quantité d'infusion de graine de lin; ou bien on ajoutera une cuillerée de la dissolution sur une pinte de décoction d'orge, que le malade prendra dans la journée. La dose totale de ce remède doit être portée jusqu'à vingt-cinq ou trente

grains. L'expérience démontre tous les jours dans les hôpitaux et les dispensaires de la capitale, où cette dernière méthode est préférée, que si elle est la plus simple, la plus expéditive et la moins dispendieuse, elle est aussi la moins sûre dans ses effets.

Les ulcères vénériens consécutifs surviennent plus ou moins long-temps après l'infection vénérienne, et ordinairement plus ou moins long-temps après un traitement incomplet, ou mal-entendu, qui a fait disparaître les symptômes sans détruire complètement la cause.

Ces ulcères se développent le plus souvent sur les parties où la peau est peu distante des os, comme au crâne, devant les clavicules, le sternum, sur la face interne du tibia. On les observe quelquefois à la commissure des lèvres, dans l'intervalle des orteils, à la marge de l'anus, et dans chacune de ces parties ils ont des caractères particuliers que nous aurons soin d'exposer ailleurs. On les voit aussi survenir souvent à la membrane interne de la bouche, et particulièrement au voile du palais, où ils présentent des phénomènes particuliers, et qu'il importe de remarquer afin de ne pas les confondre avec d'autres maladies. Enfin, ils surviennent aussi à la membrane qui tapisse les fosses nasales.

Ordinairement les ulcères vénériens consécutifs sont superficiels et ne dépassent pas les tégumens. Dans ce cas, ils s'annoncent par un tubercule indolent ou peu douloureux, qui a son siège dans l'épaisseur de la peau; il s'enflamme légèrement, se couvre d'une phlyctène, au-dessous de laquelle on trouve une petite ulcération

qui fait des progrès plus ou moins rapides. Quelquefois, le virus porte son action sur le tissu cellulaire sous-cutané, le périoste et l'os lui-même ; et frappe de mortification toutes ces parties à-la-fois; alors la maladie commence par une douleur assez vive, accompagnée d'une tumeur pâteuse et adhérente à l'os; la peau s'enflamme, plusieurs points d'ulcération isolés se forment, et aboutissent à une cavité commune pratiquée dans l'épaisseur de la tumeur; plusieurs de ces ulcérations se réunissent, une escarre qui comprend le tissu cellulaire se sépare, et laisse l'os à découvert et nécrosé.

En général, ces ulcères ont un fond très-inégal, d'une couleur pâle et livide, et des bords irréguliers coupés perpendiculairement. Cependant il ne faut pas croire que ces caractères puissent toujours suffire pour les faire reconnaître, car bien souvent ils sont trop peu marqués. D'un autre côté, les circonstances commémoratives ne sont pas toujours de nature à nous éclairer; car on voit apparaître des ulcères vénériens après le traitement le mieux dirigé et le plus heureux en apparence. Dans ces cas équivoques, où rien ne peut expliquer les difficultés que l'on éprouve pour obtenir la cicatrice que la supposition d'un principe syphilitique, sur l'existence duquel on n'a d'ailleurs que des soupçons, on peut tirer des lumières décisives de l'application sur l'ulcère lui-même, d'un mélange à parties égales d'onguent napolitain et de cérat : si l'ulcère est réellement vénérien, peu de temps après cette épreuve on le voit changer de couleur, se couvrir de bourgeons charnus vermeils, consistans, fournir une

suppuration de bonne qualité, ses bords s'amincir, et le travail de la cicatrisation ne pas tarder à s'annoncer. On voit assez communément dans cette sorte d'ulcère, la cicatrice commencer tout à-la-fois par les bords et par quelque point de la surface, ce qui vient peut-être de ce que leur fond étant inégal, et la profondeur de l'ulcère n'étant pas la même dans toute son étendne, les points où il est le plus superficiel sont plus favorablement disposés pour la cicatrisation.

Nous pouvons citer un exemple des plus instructifs du défaut absolu de caractères propres aux ulcères vénériens consécutifs, de l'obscurité qui enveloppe quelquefois leur origine et qui rend le diagnostic de leur cause presque absolument impossible. En 1791, nous pratiquâmes l'opération de la castration sur un ébéniste du faubourg Saint-Antoine, à l'occasion d'un squirrhe ulcéré qui était survenu à la suite d'une légère contusion. Les suites de l'opération furent heureuses; mais, un an après, l'autre testicule s'affecta, et bientôt ne laissa plus de ressource que dans l'opération, que le malade eut encore le bonheur de supporter sans accident. Bientôt après, il survint sur diverses parties du corps des tumeurs qui s'abcédèrent et s'ouvrirent, et celles qui se formèrent près de quelques os voisins, furent suivies de nécrose : le crâne, la clavicule, l'apophyse acromion, le sternum, furent tour-à-tour affectés de la sorte. Dans quelques endroits les portions d'os mortes se détachèrent et les ulcères se cicatrisèrent; mais dans d'autres parties, l'exfoliation n'eut pas lieu, et les ulcérations devinrent stationnaires, même celles

qui n'étaient pas entretenues par la nécrose. Il n'en fallait pas tant pour nous donner des soupçons, quoique les ulcères n'offrissent aucun caractère propre à les justifier. Nous questionnâmes soigneusement le malade, qui déclara n'avoir jamais éprouvé aucun symptôme vénérien. Ses réponses négatives n'ayant pu éclaircir nos doutes, toutes nos idées se tournèrent vers les effets insolites d'une diathèse cancéreuse. Cependant, le malade étant dans l'indigence nous l'engageâmes à se faire transporter à l'hôpital de la Charité, où, l'ayant plus à notre portée, nous pûmes l'observer plus attentivement, et réitérer nos recherches. Ayant appris que dans sa jeunesse, il avait vécu avec une femme sur la santé de laquelle il ne pouvait pas trop compter, nous résolûmes de saisir ce faible indice, malgré le défaut absolu de tout signe positif d'infection, de tout symptôme primitif de vérole. On pansa les ulcères avec un mélange de cérat et d'onguent napolitain; cette méthode réussit, les ulcères furent améliorés. Dès-lors ayant administré un traitement mercuriel, nous obtînmes un succès complet : les portions d'os nécrosées, qui tenaient encore, se séparèrent, les ulcères se cicatrisèrent, et cet homme a toujours joui depuis d'une bonne santé.

Quand on a découvert la nature de l'ulcère vénérien, en continuant l'application du mélange que nous venons d'indiquer, on devra recourir à un traitement général; et comme, en pareil cas, le sujet a ordinairement subi un ou plusieurs traitemens semblables, et quelquefois même depuis peu de temps, il faut avoir soin de

donner le mercure sous toute autre forme que celle sous laquelle le malade l'a employé précédemment, et d'en acompagner l'usage de tous les moyens hygiéniques ou médicaux qui, d'après l'état particulier de la constitution du malade, peuvent contribuer à en assurer le succès.

Une chose très-remarquable dans les ulcères vénériens consécutifs, c'est que les ganglions lymphatiques auxquels se rendent les vaisseaux absorbans de la partie où l'ulcère est situé, ne s'engorgent jamais; tandis que dans les ulcères vénériens primitifs leur engorgement a presque toujours lieu. Il semble que dans le premier cas le virus syphilitique exerce son action de l'intérieur vers l'extérieur; pendant que dans le second, au contraire, il agit de l'extérieur à l'intérieur.

§. II. *Des Ulcères scrophuleux.*

Les ulcères qui dépendent du vice scrophuleux sont très-communs, sur-tout chez les enfans, et d'une guérison très-difficile. Nous ne parlerons ici que de ce seul symptôme, la diathèse scrophuleuse considérée en général n'étant pas de notre sujet.

Il n'y a point de partie du corps où il ne puisse survenir des ulcères scrophuleux, parce qu'il n'y a pas de point de la peau qui ne puisse être altéré par ce vice général, et qu'il n'y a pas de point du tissu cellulaire qui ne puisse devenir le siége d'un abcès froid, dont l'ouverture se convertit alors en ulcère scrophuleux. Mais c'est sur-tout autour des glandes lymphatiques et des

articulations, que ces ulcères ont lieu par suite de l'altération organique de ces parties, déterminée par le vice général.

Tantôt le vice scrophuleux exerce son action à la surface et dans le tissu même de la peau, d'où résulte une ulcération superficielle, fournissant une petite quantité de matière purulente qui se dessèche et s'attache sur l'ulcération sous forme de croûte, entourée quelquefois d'une légère aréole inflammatoire : le tissu de la peau est profondement altéré dans ce cas; et si la cicatrisation s'opère soit spontanément, soit à la faveur des procédés de l'art, la cicatrice est irrégulière, bridée et difforme, comme celle d'une brûlure profonde. Quelquefois le vice scrophuleux agissant sur le tissu cellulaire sous cutané, y détermine un abcès froid, dont l'ouverture, toujours tardive quand elle est spontanée, se convertit en un ulcère : cette espèce est toujours compliquée, vers ses bords, du décollement et de l'amincissement de la peau quand on n'a pas eu le soin d'ouvrir l'abcès à propos. Il arrive souvent que les glandes lymphatiques, sur-tout celles du cou, ou celles qui sont situées sous la mâchoire inférieure, s'engorgent, s'enflamment, suppurent; que leur tissu est détruit en totalité ou en partie, et que l'ouverture de l'abcès se transforme en ulcère. Enfin, le vice scrophuleux produit souvent la carie, sur-tout des os courts et des extrémités articulaires des os longs, d'où résultent des ulcères fistuleux.

Quand un ulcère survenu de l'une des quatre manières que nous venons d'indiquer, n'est pas le seul

symptôme scrophuleux qui s'est déjà manifesté sur le même sujet, qu'en même temps la plupart des glandes lymphatiques sont engorgées, le caractère de la maladie n'est pas difficile à déterminer. Mais quand, au contraire, c'est le seul phénomène par lequel cette diathèse s'est annoncée, on doit tirer le diagnostic de certains caractères qui indiquent l'existence de la constitution scrophuleuse, des circonstances commémoratives, et de celles qui sont propres à la maladie locale. Ainsi, si le sujet est jeune, blond; si sa peau est fine et blanche, et la face agréablement colorée; si le tissu cellulaire est abondant et les chairs molles; si la taille est petite, ou haute et mince; si les articulations des coudes, des genoux, des mains et des pieds sont renflées, si la vue est tendre; si les yeux sont larmoyans, les ailes du nez et la lèvre supérieure gonflées et luisantes; la mâchoire inférieure large et les dents noires et mauvaises, on peut assurer que le sujet est scrophuleux, ou du moins disposé à la diathèse scrophuleuse. Si, en même temps, il est né de parens scrophuleux, ou s'il a sucé le lait d'une nourrice scrophuleuse; s'il a habité long-temps, et sur-tout dans sa tendre jeunesse, des lieux bas et humides; s'il a été nourri d'alimens de mauvaise qualité, de farineux non fermentés, on acquiert de nouvelles probabilités. Enfin, le caractère lent et froid de l'abcès qui a précédé l'ulcère, la couleur pâle et blafarde du fond de ce dernier, la mollesse de ses chairs, l'amincissement et le décollement de ses bords, la nature séreuse et caséeuse de la matière qui en découle, sont autant de circonstances qui caractérisent suffisamment la nature de la maladie.

Les ulcères scrophuleux, comme tous les autres symptômes des scrophules, peuvent guérir spontanément à l'époque de la puberté. Dans cette révolution importante où les propriétés vitales acquièrent une nouvelle énergie, et reçoivent une direction propre à développer les attributs du sexe, on voit souvent la résolution des glandes engorgées s'opérer, la carie se transformer en nécrose, l'exfoliation se faire, les ulcères se remplir de chairs fermes, vermeilles et grenues, et la cicatrisation s'accomplir; mais hors le temps de cette crise salutaire, il n'y a pas de guérison spontanée à espérer. On ne peut guérir alors par les procédés de l'art, qu'en réunissant à un traitement interne et au régime, les soins locaux que l'état de la partie affectée paraît exiger.

Le malade doit habiter un lieu élevé, dont l'air soit pur, sec, un peu chaud, et riche en oxigène; on aura soin que son linge de corps et de lit soit bien sec, et ses vêtemens suffisans pour le garantir de l'impression du froid et de l'humidité. Il doit se livrer à des exercices qui donnent de l'activité au corps, de la satisfaction à l'esprit, et qui ne fatiguent pas son attention; on aura soin d'écarter de lui tout sujet d'affliction. Ses alimens seront choisis parmi les substances animales riches en matière nutritive et faciles à digérer, et parmi les végétaux sucrés, amers et aromatiques; mais on rejettera les alimens farineux non-fermentés, les végétaux peu nourrissans et le laitage. Les assaisonnemens aromatiques, le vin vieux et les boissons alcoholiques sont très-convenables.

Les médicamens amers, toniques, fortifians, anti-

scorbutiques ; les mercuriels, les martiaux, et les purgatifs par intervalles, sont les plus convenables. Les tisanes avec la bardane, la patience, la saponaire, le houblon, la gentiane; le sirop et le vin anti-scorbutiques, le sirop de quinquina, de gentiane, de salsepareille et de Bélet; une teinture d'une once de racine de gentiane dans une pinte d'eau de-vie, dans laquelle on fait dissoudre deux gros de sous-carbonate de soude, et dont le malade peut prendre une cuillerée à café matin et soir, sont très-utiles. On peut combiner avec avantage les mercuriels et les anti-scorbutiques; ainsi on peut donner en même temps le sirop de Bélet et le sirop anti-scorbutique. Les pilules de Belloste peuvent être aussi très-utiles, prises pendant quelque temps à dose altérante, et de fois à autre à dose purgative. On a vanté dans ces derniers temps le muriate de baryte; mais ce remède, très-actif, exige la plus grande circonspection, et il ne paraît pas même avoir soutenu sa réputation. On peut en dire autant de l'extrait de ciguë qui a été célébré par Storck. On peut tirer un grand parti des frictions sèches aromatiques, des bains de rivière, des bains de mer, et de l'action du calorique.

Le traitement local des ulcères scrophuleux ne serait d'aucune utilité s'il était employé seul. On ne peut même en obtenir un effet marqué qu'après un certain temps de l'usage des remèdes internes, et lorsqu'ils ont agi sensiblement sur la constitution; alors la conduite qu'il faut tenir est relative à l'état particulier de l'ulcère.

S'il est du nombre de ceux qui n'affectent que le tissu de la peau, et qui ne se montrent à sa surface que sous

la forme d'une excoriation, on peut faire tomber la croûte qui le couvre, par l'application du cérat, s'il règne tout autour une bande inflammatoire. Hors cette circonstance, il vaut mieux ne pas toucher à la croûte; car ordinairement à mesure que les remèdes internes agissent, la cicatrice se forme au-dessous de cette couche de matière desséchée. Cependant, si le traitement intérieur a été employé avec soin pendant un temps suffisant; si la disparition de tous les autres symptômes prouve qu'il n'a pas été inutile, tandis que l'ulcère subsiste encore, c'est le cas de détruire la surface ulcérée, par l'application d'un caustique : la partie a été trop désorganisée pour se prêter au travail de la cicatrisation.

Si l'ulcère a succédé à un abcès froid qui s'est formé dans une glande lymphatique, il reste à sa base des engorgemens dont on peut aider la fonte par des applications emplastiques, des bains alkalins, ou des douches hydro-sulfurées. Dans ce cas, comme dans celui où l'abcès qui a précédé l'ulcère a eu son siège dans le tissu cellulaire, la peau est ordinairement altérée, les bords de l'ulcère sont minces, décollés et irréguliers; et lorsque d'ailleurs la maladie est réduite à une affection purement locale, on doit tenir la conduite prescrite ci-dessus pour les cas de ce genre.

Les ulcères scrophuleux se couvrent souvent de fongosités, qui diminuent ordinairement par l'usage des remèdes intérieurs. On est cependant obligé de les toucher de temps en temps avec le nitrate d'argent fondu, ou tout autre caustique, dans la vue d'exciter les chairs et d'y ranimer l'action vitale. Mais il faut se garder de

les larder avec des caustiques, comme on l'a conseillé, dans l'intention de les détruire complètement; car on détruirait ainsi une grande quantité de tissu cellulaire sous-cutané, et l'on n'obtiendrait ensuite qu'une cicatrice d'une difformité proportionnée à cette perte de substance.

Enfin, dans les cas où les ulcères scrophuleux sont compliqués de carie, les soins locaux se réduisent à peu de chose, puisque la cicatrice ne peut avoir lieu que la carie ne soit bornée et l'exfoliation opérée. En attendant ces effets du travail de la nature, on doit se borner aux soins de propreté et à maintenir la liberté des ouvertures fistuleuses, pour prévenir le séjour du pus. Néanmoins, quand la carie est étendue, quand elle affecte une grande articulation, l'abondance de la suppuration et la résorption de la matière purulente amènent la colliquation, jettent le malade dans le marasme, et le conduisent au tombeau, si l'on ne prévient cette funeste terminaison par l'amputation du membre. Mais pour que cette opération soit praticable, il faut que les effets de la diathèse scrophuleuse soient bornés à la partie que l'on se propose de retrancher; car s'il existait d'autres affections graves de la même nature, et sur-tout si l'affection générale avait agi sur les viscères de l'abdomen ou de la poitrine, les accidens qui menacent la vie n'en subsisteraient pas moins, et l'opération, loin d'arrêter les progrès de la maladie, ne ferait que les accélérer et la rendre plus promptement funeste en affaiblissant le malade.

§. III. *Des Ulcères dartreux.*

Le plus souvent le vice dartreux se manifeste spontanément par des altérations particulières du derme; mais il n'est pas rare de voir des plaies simples, dont l'état promettait une cicatrisation prompte et facile, devenir stationnaires, changer de nature, passer à l'état d'ulcère, et être entourées d'une affection dartreuse bien caractérisée.

Le vice dartreux est quelquefois héréditaire; d'autres fois il est acquis, et les causes qui peuvent le produire sont nombreuses. Le virus vénérien, le vice scrophuleux, se manifestent quelquefois sous cette forme; l'altération des fonctions digestives, sur-tout de celles du foie, la suppression ou une diminution notable de la transpiration, l'usage prolongé des alimens âcres, salés, épicés, l'habitation dans un pays exposé à une température très-élevée, sont autant de causes qui donnent fréquemment naissance à cette maladie.

Les effets qu'elle produit sur le tissu cutané sont différens, et ces différences pourraient être considérées comme autant de degrés successifs.

Tantôt ce n'est qu'une altération légère du corps muqueux ou réticulaire, d'où résulte la mortification de l'épiderme, qui jaunit d'abord et se détache ensuite par petites lames et sous forme de poussière : delà le nom de dartre farineuse, que porte cette espèce d'affection dartreuse. Cette altération superficielle, qui peut se multiplier plus ou moins, est toujours renfermée dans

un espace circonscrit, et qui affecte ordinairement une forme circulaire plus ou moins régulière.

Tantôt il survient dans un espace déterminé de la peau, de petits boutons d'où suinte une matière ichoreuse, âcre, qui se dessèche par le contact de l'air et forme des croûtes. Ces boutons, groupés et plus ou moins serrés, sont entourés d'une aréole inflammatoire qui se confond, en s'étendant, avec celle des boutons voisins; les croûtes de chaque petite pustule, en s'accroissant, se confondent pareillement entre elles, ensorte que la totalité de la surface affectée est couverte d'une teinte inflammatoire continue, et d'une croûte plus ou moins épaisse, pareillement continue. Quelquefois, au lieu de petits boutons par lesquels cette espèce de dartre débute, on voit se former des gerçures peu profondes, suivies des mêmes phénomènes. Dans les deux variétés de cette espèce, le tissu de la peau est engorgé, épaissi, et beaucoup plus dur que dans l'état naturel.

D'autres fois les pustules, telles que nous venons de les décrire, sont beaucoup plus étendues; l'ulcération qu'elles renferment est beaucoup plus profonde, et venant à se confondre par leurs progrès successifs, elles ne présentent bientôt plus qu'une ulcération continue, dont le fond est fort inégal, dont les bords sont très-irréguliers, dont la couleur est variée, qui fournit une matière âcre, jaune et peu consistante, et qui est entourée d'un cercle inflammatoire plus ou moins étendu.

Toutes ces espèces de dartres sont accompagnées de

démangeaisons et d'une sensation de cuisson brûlante, surtout dans la dernière, désignée sous le nom de dartre rongeante.

Quand un vice dartreux préexistant vient compliquer une plaie simple et la faire dégénérer en ulcère, on voit apparaître de la rougeur sur ses bords, qui se couvrent bientôt de boutons semblables à ceux que nous venons de décrire; d'un autre côté, les chairs perdent leur couleur naturelle et deviennent pâles; les bourgeons charnus grossissent, sont moins distincts, et surtout mollasses; la suppuration change, devient moins consistante, plus séreuse et âcre.

Tout ce qui est relatif au pronostic des dartres repose sur la plus ou moins grande difficulté d'en obtenir la guérison, soit à cause de leur ancienneté, soit par rapport à la nature de leur cause, et sur le danger de supprimer brusquement l'écoulement de la matière qu'elles fournissent. En général, les dartres sont difficiles à guérir, tant parce qu'elles dépendent d'une cause intérieure dont on ignore la nature, que parce qu'on ne connaît pas de remède spécifique pour cette maladie, comme pour la syphilis. Les dartres héréditaires sont presque incurables; celles qui sont anciennes, celles qui affectent les vieillards, sont très-difficiles à guérir. Celles qui sont récentes et dues à une cause accidentelle connue, sont d'une guérison moins difficile. Les plus faciles à détruire, si l'on peut parler ainsi, sont celles qui dépendent du virus vénérien, ou du vice scrophuleux.

Quand une dartre est légère et récente, on peut la faire disparaître facilement par des topiques; mais il est

à craindre qu'elle ne se reproduise sur quelqu'autre partie, ou que cette guérison imprudente ne soit bientôt suivie d'accidens graves. Quoique ce phénomène ne soit pas du nombre de ceux dont on puisse concevoir le mécanisme et donner une explication satisfaisante, toujours est-il vrai qu'il est très-dangereux d'agir ainsi, et que l'on ne peut jamais se dispenser, sans imprudence, d'employer un traitement médical.

Il n'y a peut-être pas de maladie pour laquelle on ait recommandé un plus grand nombre de remèdes. On doit appliquer aux dartres qui dépendent du virus vénérien ou du vice scrophuleux, le traitement qui convient à leur cause. Celles qui paraissent tenir à un vice des organes digestifs, et particulièrement du foie, doivent être traitées par les délayans, le suc des plantes chicoracées, les savonneux et successivement les toniques amers. C'est le cas de donner l'eau de veau et l'eau de poulet, le petit-lait chargé du suc de chicorée, de fumeterre, de scabieuse, de saponaire, etc.

Le suc des plantes chicoracées, les bouillons et les apozèmes dépuratifs, le soufre, l'antimoine et leurs préparations, les pilules de Belloste, le mercure doux, les eaux minérales hydro-sulfureuses, sont employées avec avantage dans tous les cas de dartres.

On a beaucoup vanté la douce-amère, l'écorce d'orme pyramidal et la pensée sauvage; mais, outre que l'expérience n'a pas justifié tous les éloges que ces remèdes ont reçus, ils ont l'inconvénient d'irriter l'estomac, et d'altérer quelquefois ses fonctions de manière à rendre leur rétablissement long et difficile.

L'usage des médicamens dont nous venons de parler doit être secondé par un régime convenable : on doit proscrire sévèrement les alimens âcres, échauffans, les assaisonnemens trop épicés, le vin pur et les liqueurs spiritueuses. Le malade doit se nourrir de viandes blanches, d'œufs frais, de poisson léger cuit à l'eau, de fruits bien mûrs, de plantes légumineuses, etc. La diète blanche ou lactée, lorsque l'estomac s'en accommode, est d'une grande utilité. Elle a quelquefois procuré la guérison de dartres qui avaient résisté à tous les autres moyens. Un exercice modéré, des frictions sèches sur tout le corps, l'usage des gilets et des caleçons de flanelle, sont d'un grand secours.

Tant qu'on est occupé du traitement intérieur, on ne peut songer qu'à pallier les symptômes les plus fâcheux de cette maladie, et notamment la démangeaison. Les corps gras, relâchans, les bains émolliens, et, s'il le faut, un peu sédatifs, sur-tout une grande propreté, suffisent pour cela. Mais quand la cause a été combattue avantageusement, alors on peut employer des topiques plus efficaces. Le soufre sublimé, incorporé avec du cérat, est celui qui paraît le mieux convenir. On peut tirer parti également de la pommade citrine, des préparations de plomb, de l'eau de chaux, de l'eau phagédénique, du muriate de mercure, de l'oxide de cuivre, etc., à titre d'excitans, capables de donner lieu à un degré suffisant d'inflammation. C'est dans cette vue qu'Ambroise Paré employa avec succès un masque d'emplâtre vésicatoire pour guérir une dartre qui occupait toute la face d'une demoiselle, à laquelle son aspect

hideux avait fait interdire l'entrée de l'église. Mais il peut arriver que l'ancienneté de la dartre ait donné lieu à une telle altération de la peau, qu'il ne soit pas possible d'obtenir une cicatrice solide, sans renouveler la surface de l'ulcère dartreux par l'action des caustiques.

§. IV. *Des Ulcères scorbutiques.*

Ces ulcères sont un des symptômes par lesquels le scorbut se manifeste. Tantôt ils sont l'effet immédiat de l'affection générale ; tantôt cette dernière exerce son influence sur une plaie survenue accidentellement, et la transforme en ulcère. Dans l'un et l'autre cas, l'ulcère est sous la dépendance de cette même affection, et ne peut être guéri qu'avec elle.

On reconnaît les ulcères scorbutiques par les circonstances commémoratives, par les signes ordinaires du scorbut et par les caractères particuliers de l'ulcère. Ainsi, si l'ulcère est survenu spontanément, ou si une plaie simple qui suppurait a pris un mauvais caractère chez une personne faible et mal constituée, qui a fait de longs voyages sur mer, qui a long-temps habité dans des lieux froids, humides et marécageux, ou dans les quartiers les plus mal-sains des grandes villes, qui a essuyé de grands chagrins, ou que la misère a obligée à se nourrir de mauvais alimens ; si en même temps le malade éprouve des lassitudes, des douleurs plus ou moins vives dans les membres, des ecchymoses spontanées, un affaiblissement notable des facultés digestives ; si la surface du corps, et notamment celle des membres

inférieurs, est couverte de taches violettes, semblables à des piqûres de puces, ou d'ecchymoses plus ou moins larges; si l'œil est triste et éteint, la face pâle et décolorée, les gencives molles, brunes, saignantes à la moindre pression, et quelquefois mêmes ulcérées, les dents noires et ébranlées, la bouche fétide; si, d'un autre côté, l'ulcère lui-même est brun, noirâtre, fongueux, saignant spontanément ou au moindre contact, peu ou point douloureux, ne fournissant, au lieu de pus, qu'une sanie putride et sanguinolente, il ne peut y avoir le moindre doute sur le caractère de l'ulcère scorbutique.

Mais on ne remarque pas toujours cet ensemble de phénomènes propres à caractériser bien évidemment des ulcères scorbutiques; le plus souvent on n'en peut réunir que quelques-uns, quelquefois même équivoques. On doit alors donner la plus grande attention aux causes de scorbut auxquelles le malade peut avoir été exposé.

On conçoit aisément que la guérison des ulcères scorbutiques dépend presqu'exclusivement du traitement médical. Les alimens seront tirés en grande partie du régne végétal, et on choisira de préférence les végétaux acides et ceux qui contiennent le plus d'azote. Si l'on permet les substances animales, ce doit être de préférence les viandes blanches et légères des jeunes animaux, qui se rapprochent davantage des substances végétales. Les assaisonnemens aromatiques, le vin généreux, les liqueurs alcoholiques sont d'un grand secours.

Les remèdes intérieurs les plus utiles sont les boissons acides et amères, la bierre, le cidre, la limonade végétale, les décoctions de racines de patience, de chicorée

sauvage, de bardane, de gentiane, les apozèmes dans lesquels on fait entrer ces mêmes plantes; le suc de cresson, de beccabunga, de cochléaria, de raifort sauvage; le sirop, ou le vin anti-scorbutique, et surtout le quinquina.

A mesure que ces remèdes agissent, si déjà la maladie n'a pas fait d'assez grands progrès pour les rendre inutiles, on voit se dissiper les symptômes du scorbut, l'ulcère prendre une meilleure apparence; les chairs une couleur moins foncée, et plus de consistance; la suppuration s'améliore et devient plus abondante. On doit alors seconder cet heureux changement par des applications toniques; on peut employer le styrax, le baume d'arcéus, etc. : mais, mieux que tout, des ablutions avec la décoction de quinquina.

L'ulcère cancéreux n'étant qu'une circonstance du cancer, nous n'ajouterons rien ici à ce que nous avons dit ailleurs de cette maladie, sur laquelle nous nous sommes suffisamment étendus.

CHAPITRE III.

Des Fistules.

On appelle fistule, un ulcère étroit, plus ou moins profond, disposé en forme de canal, et entretenu par une cause locale.

Pour mettre de l'ordre et de la clarté dans ce que nous avons à dire sur ce sujet, nous distinguerons les fistules en autant d'espèces qu'il y a de causes capables de les entretenir. Ainsi nous traiterons successivement, 1.° des fistules superficielles entretenues par l'amincissement de la peau sous laquelle elles rampent; 2.° de celles qui dépendent de la perte du tissu cellulaire et de la mobilité des parois d'un abcès; 3.° de celles qui tiennent à la présence d'un corps étranger; 4.° de celles qu'entretient la carie d'un os voisin, ou la mortification d'un cartilage, d'un tendon, ou d'une aponévrose; 5.° de celles qui sont produites par la perforation d'un réservoir ou d'un conduit excréteur; 6.° de celles qui communiquent avec quelque cavité intérieure; 7.° enfin, nous dirons quelques mots de celles qui sont accompagnées de callosités, et nous apprécierons à sa juste valeur cet accident, que l'on a regardé long-temps comme la cause, ou comme une circonstance inséparable de toutes les fistules.

Article premier.

Des Fistules cutanées.

Nous avons déjà dit plusieurs fois que si l'on tarde trop à ouvrir un abcès froid sous-cutané, il ne manque pas de détruire le tissu cellulaire, d'amincir la peau, et de la laisser dans un état de débilité et de désorganisation qui la rend impropre au recollement. Or, si l'ouverture d'un semblable abcès a lieu tardivement et sur un point de la circonférence de la collection du pus, le trajet qui sépare l'ouverture d'avec le fond, se maintient, et les conditions d'une fistule existent déjà. Les mêmes causes qui produisent l'ulcère cutané peuvent donc aussi donner lieu à une fistule, que l'on peut appeler du même nom; la seule différence vient de la disposition des choses, de la situation de l'ouverture, et quelquefois de la mortification d'une partie de cette peau amincie, dans le cas d'ulcère.

A l'exception de Fabrice de Hildan, dans l'ouvrage duquel on en trouve quelques traces, et de Marvidès, qui l'a décrite assez exactement dans son Mémoire, on ne voit rien dans les auteurs qui puisse être rapporté à cette espèce de fistule. Elle est cependant fort commune, surtout dans les grandes villes où les scrophules sont très-fréquentes; mais le plus souvent cette cause est méconnue, parce qu'elle est souvent jointe à quelque autre qui fixe toute l'attention, et dont la suppression ne suffit pourtant pas pour guérir la fistule.

Les circonstances commémoratives, la couleur brune de la peau qui couvre le trajet fistuleux, et l'usage de la sonde rendent très-aisée la connaissance de cette espèce de fistule.

Quand elle est disposée de manière que le fond se trouve plus élevé que l'orifice, et que l'amincissement de la peau n'est pas extrême, on peut tenter de ranimer l'action vitale et d'exciter l'inflammation dans le trajet fistuleux par des injections irritantes, avec le baume vert de Metz, une dissolution légère de potasse, l'alcohol, etc., et de faciliter ensuite le recollement des parois par le moyen d'une légère compression. Si le fond répond, au contraire, à la partie la plus déclive, on ne peut guère tenter ce procédé qu'après avoir fait une contre-ouverture.

Mais ce procédé réussit rarement, parce que non-seulement la peau est amincie, mais qu'encore le trajet fistuleux est couvert de chairs molles, fongueuses, incapables de se prêter à la réunion. La véritable indication consiste à inciser ou à retrancher toute la portion de peau qui forme l'une des parois de la fistule. Le choix entre ces deux partis dépend du degré d'amincissement auquel les tégumens ont été réduits : s'ils sont privés de tout leur tissu cellulaire et comme désorganisés, on ne peut se dispenser de les exciser en entier; si l'on se contentait de les fendre, on ne ferait que changer la fistule en un ulcère cutané, dont la guérison serait tout aussi difficile. Mais si la peau a conservé une certaine épaisseur, on peut se contenter d'inciser la totalité du trajet fistuleux, et de mettre ainsi à découvert

les chairs du fond, que l'on ranime par l'application du nitrate d'argent fondu. Les bords de l'incision se rétractent, se recollent avec une partie du fond, et la cicatrice qui se forme est disposée en manière de rigole.

Article II.

Des Fistules entretenues par le défaut de tissu cellulaire et la mobilité des parties.

Un abcès qui entraîne la destruction d'une certaine quantité de tissu cellulaire dans des régions qui en sont abondamment pourvues, entre des parties qui exécutent des mouvemens fréquens et qui ont de la tendance à s'éloigner l'une de l'autre, laisse une perte de substance qui ne manque guère de rendre l'ouverture fistuleuse pour un temps plus ou moins long. C'est le cas de certains abcès qui se forment sous l'aisselle, et qui détruisent la plus grande partie du tissu cellulaire interposé entre les muscles pectoraux, le grand dorsal, le grand dentelé et le sous-scapulaire. C'est encore ce qui arrive dans les abcès non stercoraux de la marge de l'anus, où la destruction du tissu cellulaire et la mobilité du rectum s'opposent au recollement. Si le sujet est en même temps fort maigre, la difficulté augmente, parce que l'espace qui sépare les parties que la destruction du tissu cellulaire a désunies est plus grand.

Le repos de la partie affectée, certaines positions qui favorisent le rapprochement des parties et la compression, quand elle est praticable, sont les indications

naturelles dans ces sortes de cas; mais ces moyens réussissent rarement, et le plus souvent on ne peut espérer de guérison que par le retour de l'embonpoint. Le développement qu'acquiert alors le tissu cellulaire met en contact les parois du trajet fistuleux bien plus exactement que ne peut le faire aucun procédé de l'art. Nous avons vu un jeune homme porter long-temps une fistule à l'aisselle, suite d'un grand abcès dans cette région, ne guérir que par le séjour à la campagne et un usage abondant du lait, qui lui rendirent son embonpoint. Les praticiens savent d'ailleurs combien il est fréquent, surtout dans les hôpitaux, que l'atrophie et la perte du tissu cellulaire, à la suite de l'opération de la taille, entretiennent une fistule urinaire qui ne guérit qu'autant que le malade reprend des forces et de l'embonpoint.

Article III.

Des Fistules entretenues par des corps étrangers.

On sait que les plaies d'armes à feu sont souvent compliquées de la présence du projectile qui les a faites, ou de divers autres corps étrangers qu'il a entraînés. Les plaies faites par des fragmens de verre sont souvent dans le même cas; et si un instrument piquant, après avoir pénétré les parties molles, rencontre un os spongieux et s'y enfonce, il peut se rompre, et sa pointe rester engagée au fond de la plaie. Dans tous ces cas, si, faute d'avoir pu reconnaître la présence des corps étrangers dès le principe, ou par ménagement pour des parties

qu'il eût été dangereux de compromettre, ils n'ont point été retirés, leur présence entretient l'inflammation et la suppuration dans les parties qui les entourent, et l'ouverture reste fistuleuse.

Quand le corps étranger n'est engagé que dans les parties molles, il peut se déplacer par son propre poids, et s'il est en même temps de nature à exciter une inflammation considérable, celle-ci peut amener un abcès à l'ouverture duquel on rencontre le corps étranger, dont l'extraction est alors facile.

Mais s'il est engagé dans des parties dures, où il ne puisse exciter qu'une inflammation médiocre, il n'en résulte de suppuration que ce qu'il faut pour entretenir l'ouverture par laquelle il a été introduit, et pour la rendre fistuleuse, en lui permettant de se resserrer plus ou moins, et quelquefois même de se fermer par intervalles.

Une esquille totalement séparée du corps de l'os dont elle a été détachée, et complètement nécrosée, des corps étrangers formés dans l'intérieur du corps, comme certaines pierres urinaires, peuvent agir à l'instar des corps étrangers venant de l'extérieur, et donner lieu à une fistule, ou se joindre à d'autres causes pour l'entretenir.

Quand une fistule a succédé à un coup de feu, ou à toute autre blessure qui peut avoir été compliquée de corps étranger; que le trajet qui conduit jusqu'à ce corps est assez direct pour que la sonde puisse le parcourir librement, et qu'il est lui-même d'une substance assez solide pour pouvoir être distingué, on n'a pas de peine à reconnaître la nature de la cause qui entretient la fistule. Mais dans des circonstances opposées, on ne peut

en juger que par les signes commémoratifs, par les signes négatifs de toute autre cause, et par la quantité de pus qui s'écoule, comparée à l'étendue de l'ouverture extérieure.

L'extraction des corps étrangers est, dans ce cas, une indication très-évidente et qui peut être remplie facilement, si la profondeur à laquelle ils sont placés n'est pas trop considérable, et s'ils ne sont pas situés trop près de parties qu'il serait dangereux d'intéresser. Il faut alors dilater la fistule avec le bistouri, ou bien pratiquer une autre ouverture, si elle peut favoriser l'extraction par un chemin plus court.

Lorsqu'il n'est pas possible, sans s'écarter des règles de la prudence, de songer à l'extraction des corps étrangers, il faut attendre leur expulsion du temps et du travail de la la nature, que l'on peut seconder, cependant, par les douches d'eaux minérales hydro-sulfurées, qui agissent en excitant autour du corps étranger un travail inflammatoire convenable.

On doit ranger dans cette espèce les fistules occasionnées par la carie d'une dent, et dont nous parlerons dans un autre article : quoique ces fistules paraissent avoir plus d'analogie avec une autre espèce, par la nature de leur cause, elles en ont en effet une bien plus importante avec celle-ci, par le traitement qui leur convient, et qu'il est toujours facile de leur opposer.

Article IV.

Des Fistules entretenues par la carie.

L'altération du tissu osseux, connue sous le nom de carie, ne saurait exister sans produire l'inflammation et la suppuration des parties molles voisines; mais l'ouverture de l'abcès qui ne manque jamais de se former en pareil cas, n'ayant d'autre résultat que de donner issue à la matière purulente, la cause restant la même, cette ouverture devient fistuleuse.

On reconnaît cette espèce de fistule aux circonstances commémoratives, et à l'état même des parties : dès qu'un os est menacé de carie, il devient le siége d'une douleur plus ou moins vive, et proportionnée à l'activité de la cause qui produit la maladie. Bientôt il survient une tumeur adhérente à l'os lui-même, que l'on peut distinguer quand il n'est pas trop éloigné de la peau; elle est d'un volume médiocre, molle, douloureuse, et renferme une quantité de matière purulente proportionnée à son volume. C'est l'ouverture de cette tumeur qui devient fistuleuse dans la suite. La matière qui s'écoule par la fistule est séreuse, fétide, et communique quelquefois au linge et aux autres pièces d'appareil, une couleur noirâtre; l'orifice de la fistule et les environs sont d'une couleur brune. Enfin, quand le siége de la carie et l'ouverture de la fistule ne sont pas trop éloignés l'un de l'autre; quand le trajet fistuleux n'est pas tortueux, que la sonde peut le parcourir librement et atteindre l'os

altéré, on trouve ce dernier inégal, ramolli, et se laissant facilement pénétrer par l'instrument. Il est difficile de ne pas reconnaître alors la carie comme la cause de la fistule, surtout quand on peut joindre à tous ces signes ceux qui sont propres à caractériser quelqu'une des maladies qui produisent ordinairement cette altération du tissu osseux.

Mais on n'est pas toujours assez heureux pour réunir un assez grand nombre de preuves de l'existence de la carie et de son influence sur une fistule. On est privé de la plupart de ces lumières, quand l'os carié, ou le point de son étendue où la carie est survenue, est situé à une grande profondeur; quand l'abcès s'est ouvert à une grande distance du point altéré, et quand le trajet fistuleux est trop long et tortueux : alors on ne peut fonder son jugement que sur des signes rationnels; et quoique l'observation ait appris jusqu'à quel point ils peuvent nous guider sûrement, elle apprend aussi qu'ils peuvent être une source d'erreurs. Nous sommes entrés à ce sujet dans d'assez longs détails, en parlant des abcès par congestion, et nous reviendrons dans la suite sur cette matière importante.

La guérison des fistules entretenues par la carie ne pouvant avoir lieu tant que la carie elle-même subsiste, on doit, dans le traitement de ces fistules, diriger tous les secours de l'art vers cette altération de l'os. Nous développerons les motifs et les règles de cette conduite au chapitre de la Carie.

On doit mettre au même rang les fistules entretenues par l'altération des cartilages; altération qui dépend pres-

que toujours d'une cause interne, et qui doit être soumise aux mêmes règles de traitement que la carie.

Quant à la mortification des tendons et des aponévroses, qui peut entretenir plus ou moins long-temps un ulcère et le rendre fistuleux, elle doit être assimilée à la nécrose. La séparation de la portion mortifiée est l'ouvrage de la nature, et rien ne peut l'accélérer.

Article V.

Des Fistules entretenues par la perforation d'un réservoir ou d'un conduit excréteur.

La solution de continuité des parois des cavités destinées à servir de réservoir à quelqu'une des humeurs sécrétées, ou celle des conduits qui les transmettent au-dehors, est suivie aussitôt du passage de l'humeur par la nouvelle voie; et si cet état de choses subsiste, l'ouverture peut devenir fistuleuse. Pour exposer clairement les phénomènes qui ont lieu dans ces sortes de lésions, et les raisons pour lesquelles elles sont transformées en fistules, nous distinguerons, 1.° la solution de continuité simple et par une cause externe; 2.° la solution de continuité avec perte de substance; 3.° la solution de continuité avec oblitération du conduit excréteur; 4.° celle qui résulte d'une ulcération produite par une cause interne.

1.° La nature fait des efforts continuels pour rétablir dans leur intégrité les parties qui ont éprouvé une solution de continuité : dans le cas présent, le passage

habituel ou périodique d'une humeur y met obstacle; malgré cette difficulté elle vient quelquefois à bout de la guérison, sans aucun secours étranger, comme on en a de nombreux exemples dans les blessures de la vessie, du canal de l'urètre, du tube intestinal, etc.; mais le plus souvent l'art est obligé de venir au secours de la nature, en détournant l'humeur qui s'échappe par la voie accidentelle. On conçoit aisément la possibilité et le mécanisme de la guérison, lorsque le conduit excréteur est ouvert seulement sur un de ses côtés; mais si un canal est coupé en travers dans toute sa circonférence, il est rare que la guérison puisse avoir lieu, à moins qu'elle ne soit favorisée par quelque disposition particulière, comme au bas-ventre, lorsqu'un intestin grêle est totalement coupé en travers. Dans le cas où le canal totalement divisé n'est pas situé d'une manière aussi favorable, la réunion n'a point lieu, et la plaie devient fistuleuse: c'est ce qui arrive, par exemple, au canal de Sténon, quand il a été divisé avec la paroi de la bouche qui le renferme. Nous verrons, dans la suite, comment on peut, dans des cas de cette nature, tirer parti de l'impossibilité de la réunion, et donner à la fistule une direction convenable, pour obtenir une guérison qui serait impossible sans les procédés de l'art.

2.° La gangrène produit souvent des perforations avec perte de substance des réservoirs, ou des conduits excréteurs; c'est ce qui arrive aux intestins à l'occasion des hernies étranglées; à la vessie, après un accouchement laborieux, et quelquefois au canal de l'urètre, dans les dépôts urineux et gangréneux. Les

fistules qui dépendent d'une telle disposition sont les plus fâcheuses; la nature ne peut que rarement opérer une guérison toujours défectueuse, et les secours de l'art ont peu de puissance. Quand ces sortes de lésions intéressent les parois d'un réservoir qui a une certaine ampleur, la guérison peut encore avoir lieu, sur-tout si la perte de substance n'est pas considérable; il en est de même de celles qui intéressent un conduit qui a un diamètre considérable, et qui peut souffrir une légère réduction sans inconvénient : on a l'exemple d'une blessure faite par un fer rouge, traversant d'outre en outre le rectum et la vessie, guérie spontanément; on a vu des hernies étranglées suivies de gangrène peu étendue, guérir sans fistule. Les moyens propres à détourner l'humeur qui tend à s'échapper par l'ouverture, sont les seuls par lesquels on puisse favoriser ces sortes de guérisons.

Mais si la perte de substance a été considérable, ou si elle intéresse un conduit d'un diamètre médiocre, la guérison est impossible, et quelquefois même dangereuse. C'est ainsi que l'on obtient bien rarement la guérison des fistules urinaires et de l'incontinence d'urine, suite d'un accouchement laborieux, où la pression exercée par la tête de l'enfant a déterminé la mortification du vagin et du bas-fond de la vessie, dans une étendue considérable ; c'est ainsi pareillement qu'on ne guérit point les fistules urinaires, suites d'un dépôt urineux, ou de tout autre accident qui a entraîné la destruction d'une grande partie des parois de l'urètre : enfin, pour les mêmes raisons on ne guérit que bien ra-

rement une fistule stercorale, ou un anus contre-nature, qui résulte d'une gangrène étendue du tube intestinal; et l'expérience a appris que ces guérisons étant toujours suivies d'un rétrécissement considérable du diamètre de l'intestin, le passage des matières est gêné, ou même intercepté, et le malade se trouve exposé à la rupture de l'intestin et à l'épanchement des matières dans le bas-ventre.

3.° Tous les conduits excréteurs ont une tendance singulière au rétrécissement, soit que cette tendance dépende de l'action tonique de leurs parois, sollicitée long-temps par une irritation quelconque, soit qu'une cause de la même nature détermine l'engorgement et l'épaississement de ces mêmes parois. Quoi qu'il en soit, le rétrécissement du conduit ayant lieu, le cours de l'humeur qui doit le parcourir est retardé; elle fait effort sur les parois du conduit, derrière le point rétréci; et de cette distension fréquente ou continue, il résulte tôt ou tard ou une rupture, ou un point d'ulcération qui amène également la solution de continuité; delà, le passage de l'humeur sécrétée dans le tissu cellulaire voisin du canal perforé, un abcès quelquefois gangréneux, et une fistule. Il est évident que, dans ce cas, il n'y a point de guérison spontanée à attendre, et qu'elle dépend essentiellement du rétablissement du diamètre naturel du canal. Heureux si l'on pouvait toujours y parvenir! Si le rétrécissement ne se rétablissait pas constamment au bout d'un temps plus ou moins long, et si l'abcès qui précède toujours la formation de la fistule, ne produisait pas quelquefois une perte de sub-

stance, qui rend le plus souvent la fistule incurable !

4.° Enfin, on voit survenir autour des réservoirs ou des conduits excréteurs, des abcès suivis de fistule, quoique le diamètre du canal soit sans altération, ou si légèrement rétréci, qu'il est évident que la rupture des parois ne peut avoir été la suite d'une si légère réduction de son calibre. Dans ce cas, une cause interne a produit une ulcération, d'où sont résultées la solution de continuité et toutes ses conséquences. On sent bien qu'alors les moyens propres à opérer la dilatation du conduit et à détourner l'humeur sécrétée, ne sont plus que subsidiaires, et que l'indication principale consiste à combattre par les moyens qui lui sont appropriés, la cause qui a produit l'ulcération. C'est souvent le cas des fistules lacrymales, que le vice scrophuleux détermine fréquemment chez les enfans.

Une indication fondamentale des fistules entretenues par la perforation des réservoirs des humeurs secrétées et de leurs conduits excréteurs, c'est celle de rétablir, ou d'entretenir la liberté de ce même conduit, et de détourner l'humeur de manière à l'empêcher de suivre la voie accidentelle, et d'entretenir par là la fistule. C'est sur ce principe qu'est fondé l'usage des mêches, des bougies, et sur-tout des sondes creuses et élastiques, qui sont d'une utilité générale en pareil cas. Mais si, pour les raisons que nous avons déjà exposées, la consolidation et la guérison radicale sont impossibles, il faut se contenter d'une cure palliative, qui consiste à assurer l'écoulement de l'humeur sécrétée, et à le rendre le moins incommode qu'il est possible. C'est-là dessus

qu'est fondé l'établissement des fistules internes dans certaines fistules lacrymales et salivaires; celui de l'anus contre-nature dans certaines hernies, etc.

Article VI.

Des Fistules qui communiquent avec une cavité intérieure.

On serait dans l'erreur si l'on regardait la seule communication d'une plaie avec une cavité intérieure, comme suffisante pour la convertir en fistule. La matière de la sécrétion qui se répand à la surface de ces cavités, n'est jamais assez abondante pour que son issue puisse empêcher la cicatrisation. Toutes les fois qu'une simple solution de continuité pénètre dans l'intérieur d'une cavité dont les parois et les parties contenues sont dans leur état naturel, il survient une inflammation adhésive qui unit ensemble les parois et les parties contenues avec lesquelles les premières sont toujours en contact, et cette adhérence, qui détruit la communication, devient la base de la cicatrice. Ce même mécanisme peut encore avoir lieu, lorsqu'il y a perte de substance des parois de la cavité. Mais on sent que, pour que la guérison s'accomplisse de cette manière, il faut qu'il ne reste pas d'espace libre dans la cavité intéressée; que les parties contenues soient de nature à ne pas cesser d'être en contact avec les parois, et sur-tout que ces parties soient dans leur état naturel. Ainsi les plaies pénétrantes du bas-ventre, de la poitrine, l'ouverture qui résulte de

l'opération du trépan, sont ordinairement suivies d'une guérison prompte et facile. Mais les plaies pénétrantes du sinus frontal, celles du sinus maxillaire avec perte de substance, sont souvent suivies de fistule; non pas, comme on l'a cru, par le passage de l'air ou des mucosités, mais parce que ces cavités renferment un espace libre, et que leurs parois ne peuvent contracter adhérence entre elles, ni avec aucune partie contenue, qui puisse suppléer la substance perdue. Quand la fistule est cachée, comme cela a lieu lorsqu'il s'agit du sinus maxillaire, il n'en résulte aucun inconvénient; mais quand elle est apparente, comme le sont celles du sinus frontal, on doit remédier à la difformité par un obturateur.

Mais l'ouverture des parois de la poitrine, que l'on fait dans l'opération de l'empyème, dans le dessein de donner issue à une collection de sérosité ou de pus, peut être entretenue et devenir fistuleuse, par la sécrétion abondante et viciée que fournit alors la plèvre malade. L'accès de l'air dans la poitrine ajoute même à l'état contre-nature de cette membrane; et en fournissant une nouvelle cause d'inflammation, en dépravant la matière et donnant lieu à l'absorption et à la colliquation, il rend peut-être cette opération plus souvent pernicieuse qu'utile.

On sent bien que dans les cas de cette nature, la guérison n'est pas au pouvoir de l'art, à moins qu'il n'ait les moyens de rétablir la plèvre dans son état naturel. Peut-être conviendrait-il alors de se conduire comme dans les cas d'abcès par congestion, et d'agir de manière à donner issue à la matière contenue, à plusieurs

reprises, et en prenant des mesures pour empêcher la pénétration de l'air, ou du moins pour la retarder autant qu'il serait possible.

Article VII.

Des Fistules accompagnées de callosités.

Ce que nous avons dit des ulcères calleux peut faire pressentir ce que nous avons à dire des fistules accompagnées de callosités. Toute cause d'irritation permanente peut donner lieu à cet accident; qui ne constitue pas une circonstance essentielle des fistules, mais seulemant une circonstance qui les accompagne quelquefois; car toute cause capable d'entretenir une plaie et de la transformer en une fistule, est aussi une cause d'irritation qui contrarie sans cesse le vœu de la nature, et rend inutiles ses efforts perpétuels de guérison. Si les anciens ont eu d'autres idées sur les callosités, et s'ils les ont considérées comme la cause la plus générale des fistules, c'est que cet accident était bien plus fréquent : les tentes et les bourdonnets qu'on introduisait scrupuleusement dans toutes les plaies d'une certaine profondeur, ajoutaient aux causes naturelles d'irritation, et ces corps étrangers étaient seuls capables de produire des callosités et d'entretenir les fistules.

Quels que soient l'espèce de la fistule et le vice qui l'entretient, si elle renferme des causes d'irritation fréquente ou habituelle, elle ne tarde pas à être compliquée

de callosités; mais aussi si la cause qui entretient la fistule vient à cesser, les callosités disparaissent. Cependant, quand la fistule est très-ancienne, et les callosités épaisses et nombreuses, l'inaction dans laquelle sont tombées les parties qui sont le siège de ces engorgemens terminés par induration, devient un obstacle au travail de la cicatrisation, même après la suppression de la cause qui entretenait la fistule. Dans ce cas, en incisant les callosités on obtient une nouvelle surface, et l'on détermine un degré d'inflammation qui favorise le travail de la nature. Mais dans aucun cas, l'excision des callosités ne saurait être nécessaire pour obtenir la guérison d'une fistule, quand, d'ailleurs, on a rempli les indications essentielles.

Enfin, il arrive quelquefois, sur-tout dans les fistules très-anciennes, que les bords de l'orifice et le trajet fistuleux se couvrent d'une cicatrice qui ôte à ces parties la condition la plus essentielle pour la guérison. Dans ce cas, c'est en vain que l'on remplit les indications propres à la maladie; cette seule disposition rend toutes les mesures inutiles, jusqu'à ce qu'on ait remis les parois du trajet fistuleux en état de s'agglutiner. On doit alors introduire un caustique dans le trajet de la fistule, pour en ulcérer les parois, qui ne manqueront pas d'adhérer et de se cicatriser ensuite solidement, si les causes qui entretenaient la fistule sont déjà supprimées.

Des détails plus étendus seraient déplacés dans un article où la maladie qui nous occupe ne doit être considérée que d'une manière générale; nous aurons soin d'exposer plus au long ce qui est relatif au traitemen

de chaque espèce de fistule, à mesure que l'occasion s'en présentera, en considérant les maladies dans l'ordre de leur situation.

FIN DU SECOND VOLUME.

TABLE

DES MATIERES

CONTENUES DANS CE VOLUME.

CHAPITRE PREMIER.

580

OBSERVATIONS.

CHAPITRE II.

CHAPITRE III.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.



